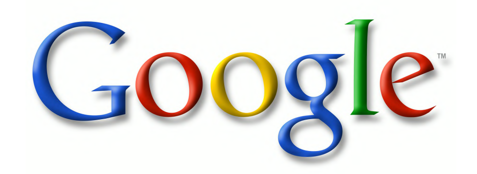
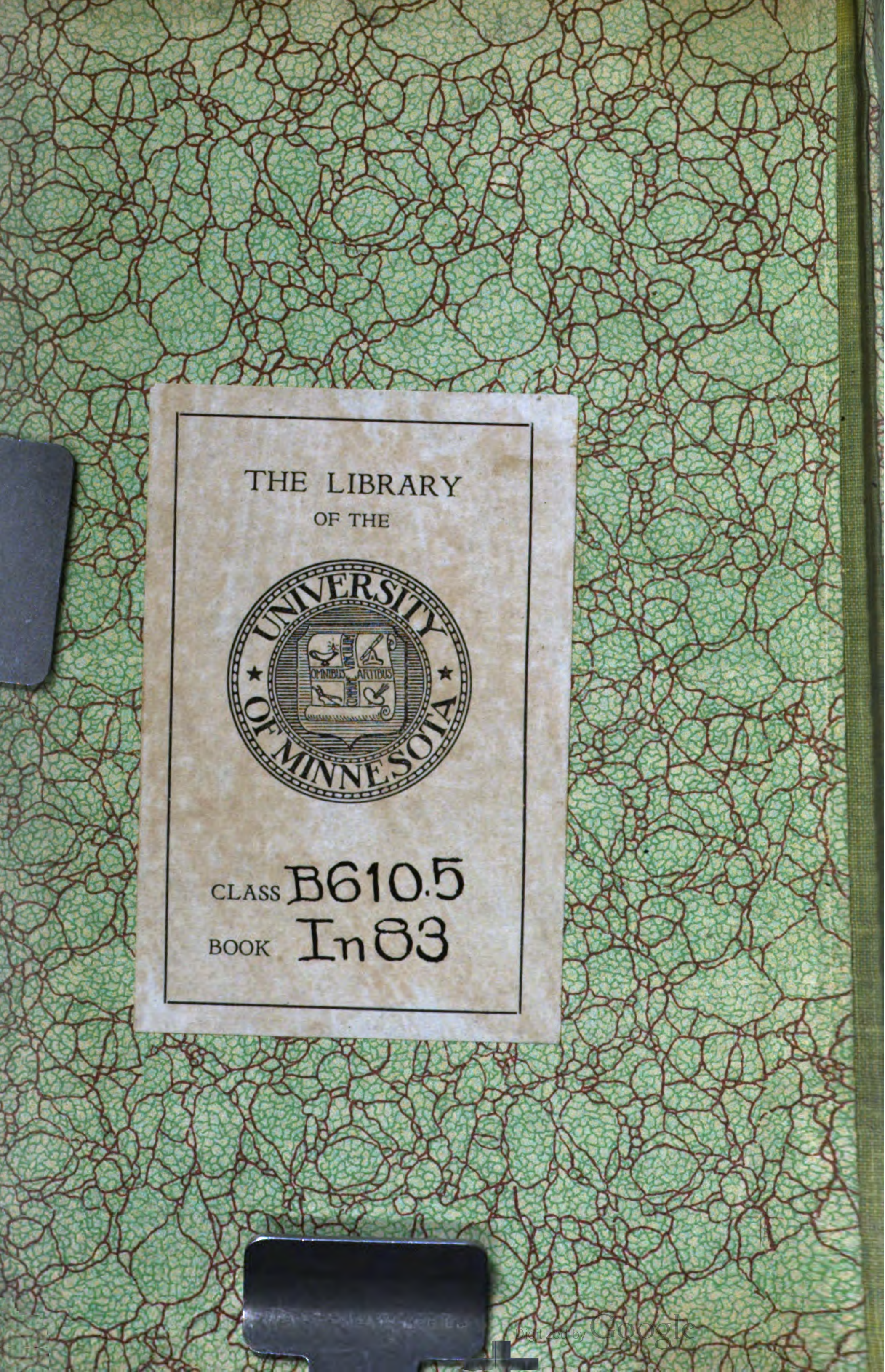
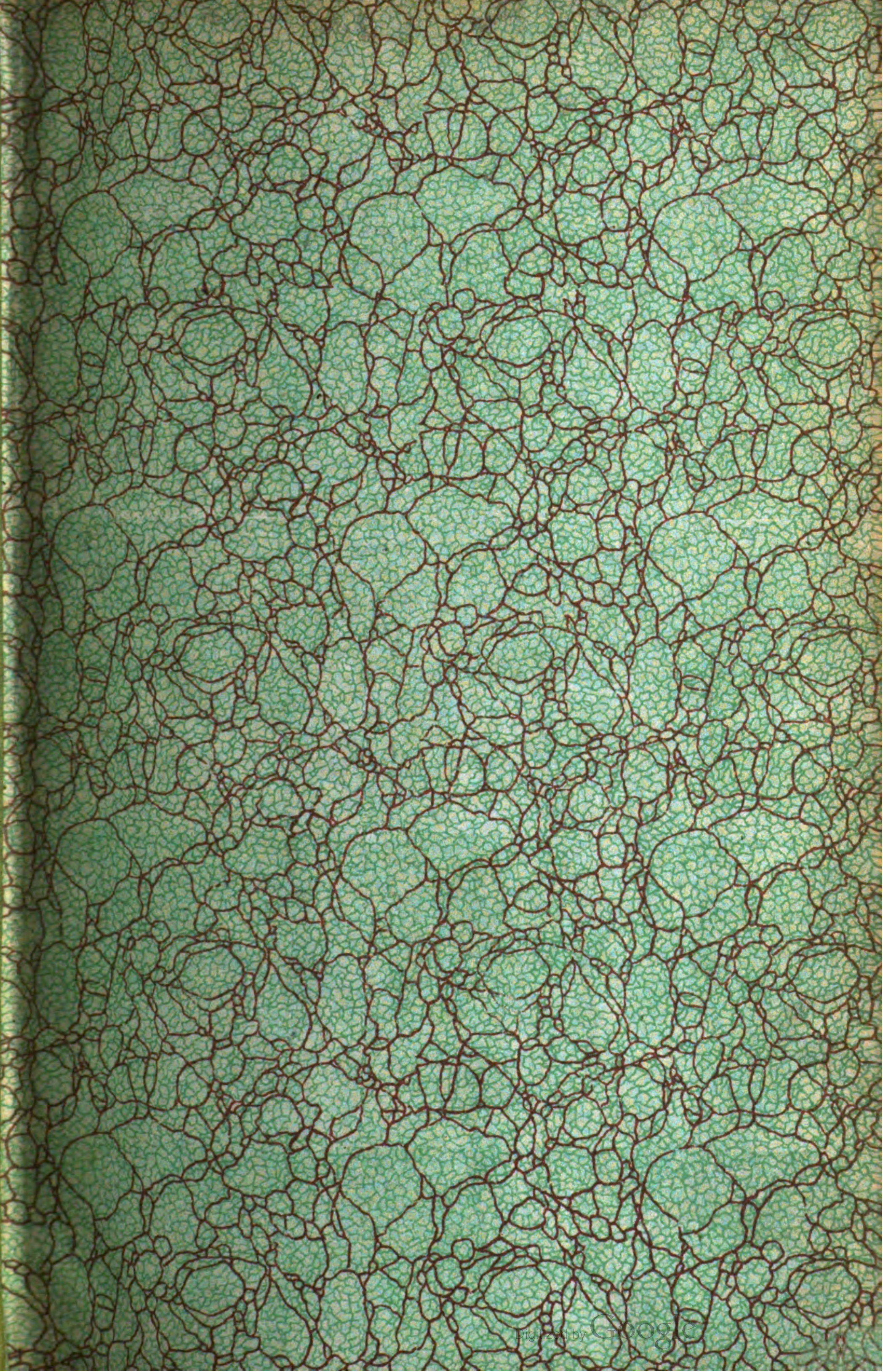





THE LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY OF MINNESOTA
OMNIBUS ARTIBUS
COMMUNE VINCULUM



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. T. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. Meyer** (Berlin), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **R. Semon** (München), **G. Sentiñon** (Barcelona), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON
London.

Fünfzehnter Jahrgang.
(Januar—December 1899.)

Berlin, 1899.
Verlag von August Hirschwald.
NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

// Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. **Berlin, Januar.** **1899. No. 1.**

I. Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1897.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	50	194	84	135	85	37	15	600
Frankreich	25	107	100	37	76	52	17	414
Deutschland	41	97	67	21	109	19	14	368
Grossbritannien und Colonien	19	56	68	30	81	12	13	279
Oesterreich-Ungarn	38	44	26	19	50	15	4	196
Belgien und Holland	3	27	16	6	33	7	5	97
Russland	6	14	6	15	14	7	2	64
Polen	5	9	1	3	10	—	2	30
Spanien	1	8	1	3	4	—	—	17
Skandinavische Königreiche	1	—	3	5	4	3	1	17
Italien	1	8	—	1	2	—	—	12
Schweiz	—	1	—	6	—	3	—	10
Zusammen	190	565	372	281	468	155	73	2104

Die kurzen Bemerkungen, welche der Statistik des Vorjahres folgten (Centralblatt, Vol. XIV, p. 1), finden fast unveränderte Anwendung auf die vorstehende Zusammenstellung der Arbeiten des Jahres 1897. — Die Productionsverhältnisse der einzelnen Länder haben sich etwas gegen einander verschoben; die Gesammtproduction ist unbedeutend heruntergegangen. Im Uebrigen liegt zu eingehenderen Commentaren keine Veranlassung vor.



II. Referate.

a. Aeusserer Hals, Medicamente, Allgemeines.

1) **Goldbach** (Königsberg). **Die Laryngologie des Galen.** Dissert. Berlin 1898.

Die unter Leitung von Heymann angefertigte Dissertation enthält, aus den verschiedenen Werken zusammengefasst, Alles was Galen über die Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Kehlkopfes angiebt. SEIFERT.

2) **J. Sendziak. Beitrag zur laryngo-rhinologischen Casuistik. (Z kazuistyki laryngo rynologicznej.)** *Kronika lekarska. No. 15, 16, 17. 1898.*

I. Carcinoma laryngis, strictura oesophagi. Bei einem 50jährigen Manne, welcher an Schlingbeschwerden, Heiserkeit und allgemeiner Schwäche litt, wurde vom Verf. eine Infiltration der linken Larynxhälfte gefunden. Einige Zeit darauf wurde eine Strictur im unteren Drittel des Oesophagus constatirt. Verf. meint, dass es sich in diesem Falle um primäres Kehlkopfcarcinom mit secundärem Oesophaguskrebs gehandelt hat.

II. Sarcoma nasi mit ungewöhnlichem Verlauf. Bei einem 14jährigen Knaben wurde im linken Nasenloche ein wallnussgrosser, bei Sondirung stark blutender Tumor gefunden. Der Tumor wurde theilweise mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt und erwies sich bei der histologischen Untersuchung als ein Fibrosarcom.

III. Pharynxdiphtherie complicirt mit Tonsillarabscessen und Eiterungen in beiden Highmorshöhlen. Die genannten Complicationen, welche sich bei einem 18jährigen Mädchen entwickelten, verliefen günstig ohne chirurgische Intervention.

IV. Beitrag zur diagnostischen Verwerthung der Röntgenstrahlen. Bei einem 55jährigen Manne, welcher seit 3 Monaten an Dysphagie litt, wurde im oberen Drittel des Oesophagus eine Strictur und später rechtsseitige Paralysis musculi crico-arytaenoidei post. constatirt. Bei der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen wurden rechts in der Gegend der Aorta unregelmässige dunkle Stellen bemerkt, welche nach Verf. in vergrösserten lymphatischen Drüsen ihren Entstehungsgrund hatten. A. v. SOKOLOWSKI.

3) **A. Baurowicz. Einige wichtige kasuistische Fälle aus der Klinik von Prof. Pieniazek in Krakau. (Wazniejsze przypadki z oddziatu prof. Pieniazka dla choröb krtani, gardta i nosa)** *Przegląd lekarski. No. 18, 19, 20. 1898.*

Es werden ausführlich beschrieben:

1. Ein Fall von Stenosis des Larynx, der Trachea und der Hauptbronchen bei Sclerom.
2. 7 Fälle von Larynxstenose nach überstandenem Croup.

3. Ein Fall von Bronchostenose, verursacht durch die hypertrophischen Mediastinaldrüsen.

4. Ein Fall von Stenose des linken Bronchus, verursacht durch vergrösserte tuberkulöse Drüsen.

5. Ein Fall von Larynxstenose syphilitischen Ursprungs.

6. 2 Fälle von Tracheostenose, verursacht durch syphilitische Gummata.

7. 2 Fälle von Carcinom des Larynx.

8. Ein Fall von Carcinom des weichen Gaumes.

9. Ein Fall von profuser Nasenblutung bei Morbus Werlhofi.

10. Ein Fall von blutendem Polyp der Nasenscheidewand.

11. 2 Fälle von traumatischem Haematom der Nasenscheidewand.

12. Ein Fall von Peritonsillarabscess mit Betheiligung der rechten Kehlkopfshälfte.

13. Ein Fall von Paralysis n. recurrentis nach der Operation tuberculös entarteter Halsdrüsen.

14. 5 Fälle von Fremdkörpern in Pharynx und Oesophagus.

v. SOKOLOWSKI.

4) **Lenzmann. Mittheilung zweier interessanter Fälle.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 25. 1898.*

Bei einer 36jährigen kräftigen Frau entwickelte sich aus einem Furunkel des Naseneingangs Oedem der Gesichtshaut und allgemeine Sepsis mit tödtlichem Ausgange. In dem zweiten Falle, ebenfalls bei einer Frau, entwickelte sich in der Zahnfleischwunde eines extrahirten Zahnes primäre Tuberculose. SCHECH.

5) **A. Weber** (Tarnopol). **Schwere Schussverletzung, Selbstmordversuch, Heilung.** *Wiener med. Wochenschr. No. 13. 1898.*

Einschuss zwischen Kehlkopf und Kinn. Schusscanal durch die zertrümmerten Weichtheile des Mundbodens, der Zunge, sowie das keilförmig durchbrochene Mittelstück des Unterkieferknochens. Von der Mundhöhle aus führte der Canal durch die in der Mitte entzwei gerissene Oberlippe, das knöcherne und knorpelige Nasengerüst, sowie durch die Weichtheile der Nase und endete als Ausschuss hart an der Grenze zwischen Nase und Stirn.

Tamponade des Mundhöhlenbodens mit Jodoformgaze wegen starker Blutung. Sorgfältige Naht der Weichtheile, Knochennaht des gespaltenen Unterkiefers mit Silberdraht, Wiederherstellung des Nasengerüstes. Ernährung mittels Magenschlauches. Heilung, sodass Patient als Soldat weiterdienen kann. CHIARI.

6) **E. Haga** (Tokio). **Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem chinesisch-japanischen Kriege 1894—95.** Berlin 1897.

Unter 1105 Verwundeten hat Verf. 74 Gesichts- und 12 Halsschusswunden notirt. Hervorzuheben sind unter den Gesichtsschusswunden:

1. Schuss durch die Oberlippe, den harten Gaumen, Zunge, Lunge; Lungenabscess und -Gangrän. — Invalide.

2. Schuss ins linke Nasenloch, Zerstörung der Alveolarfortsätze des Unter-



und Oberkiefers, Verletzung der Zungenspitze, Durchbohrung des Mundbodens, endet neben dem Schildknorpel. — Invalide.

3. Schuss in den rechten Bulbus, Zerstörung der unteren Orbitalwand und des rechten Nasenbeins. — Invalide.

4. Schuss in den Nasenrücken, Zerstörung des Oberkiefers; Ausschuss aus dem Munde. — Heilung.

5. Einschuss an der linken Seite des Nasenrückens, Zerstörung des linken Stirnfortsatzes, des linken Nasen- und Siebbeins. — Invalide.

6. Schuss in die linke Seite des Nasenrückens; Zerstörung des linken Nasenbeins und der vorderen Highmorshöhlenwand. — Heilung.

Unter den Halsschusswunden seien erwähnt:

1. Einschuss am vorderen Halse in der Mittellinie in der Gegend des Zungenbeins; der Schusscanal verläuft schräg nach oben und hinten. Larynx zerstört, ebenso Schädelbasis. — Tod.

2. Einschuss zwischen Schildknorpel und M. sternoid., durchbohrt diesen und den 1. und 2. Trachealring; Geschoss in der Fossa supraclav. fühlbar, grosse Dyspnoe, Tracheotomie unter Cocain. — Invalide.

3. Einschuss neben M. sternocl., Zerstörung des 2. Trachealringes, starke Athemnoth am folgenden Tage; Tracheotomie. — Invalide.

4. Einschuss am Rande des linken M. sternocl., l. Schildknorpelplatte zerstört; Athemnoth; Tracheotomie. — Heilung.

Der Verlauf der Gesichtsverletzung war ein ausserordentlich glatter und schneller; Eiterung wurde fast nie beobachtet, selbst wenn das Geschoss in der Highmorshöhle stecken geblieben war; auch der Wundverlauf bei den Kehlkopf- und Trachealverletzungen war trotz der ungünstigen Verhältnisse im Feldlazareth ein günstiger.

(Ref. hat in demselben Kriege bei ca. 500 Verwundeten 8 Gesichts- und 3 Halswunden beobachtet und bei einem Chinesen mit Verletzung der rechten Kieferhöhle, der rechten lateralen Nasenwand, der Nasenscheidewand, der linken lateralen Nasenwand und Kieferhöhle, durch einfachen aseptischen Verband, einen glatten Verlauf constatiren können, sowie bei einem Japaner mit Verletzung der Oberlippe, Wangenschleimhaut und rechten seitlichen der Rachenwand durch Arrosion der Carotis den Tod eintreten sehen.)

OKADA.

7) **Hofmokl** (Wien). **Chirurgische Mittheilungen.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 11. 1898.*

Unter den am Halse ausgeführten Operationen des vergangenen Jahres zählt H. u. A. folgende auf:

Abscessus retropharyngeus	1
Stenosis laryngis ex neoplasm. malign. lar. . . .	5
Stenosis laryngis e strumat. malign.	4
Stenosis laryngis e strumat. parench.	2
Stenosis laryngis e Tubercul. lar.	1

CHIARI



8) **Orlow. Die chronische Phlegmone des Halses. (Chronitscheskaja plegmona schei.)** *Chirurgia. Septbr. 1898.*

Von mehr chirurgischem Interesse.

P. HELLAT.

9) **Kusnezow. Von brettartigen Phlegmonen des Halses. (O derewjannich flegmonach schei.)** *Letopis rus. chirurg. kn. 4. 1898.*

Beschreibung einer eigenthümlichen chronischen Schwellung am Halse, die von Reclus als Krankheit sui generis beschrieben worden ist.

K. beobachtete einen Fall genauer.

P. HELLAT.

10) **Lisjanski. Fall von Lymphangiom des Halses. (Slutschai limfangiomi schei.)** *Letopis r. chirurg. kn. 2. 1898.*

Hat ausschliesslich chirurgisches Interesse.

P. HELLAT.

11) **Sultan** (Göttingen). **Zur Kenntniss der Halscysten und Fisteln.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 48. Bd. 2. u. 3. Heft. 1898.*

Die Untersuchungen sind an 19 Fällen angestellt und ergeben manches Interessante. Die unter dem Namen Cystenhygrome bekannten Lymphangiome des Halses können unter Umständen durch Störung in der Kiemenbogenentwicklung veranlasst werden. Bei den mittleren auf den Tractus thyreoglossus zurückzuführenden Halsfisteln scheint es sich meistens um 2 oder mehrere Gänge zu handeln, welche sowohl von der äusseren Haut, wie vom Foramen coecum her gegen das Zungenbein verlaufen und dort blind endigen. Die aus Röhren des Tractus thyreoglossus hervorgegangenen Ranulaformen sind häufiger, als bisher angenommen wurde, Cystenbildungen, bedingt durch Verschluss des Ductus Whartonianus.

SEIFERT.

12) **G. Lotheissen** (Innsbruck). **Ueber Geschwülste der Glandula submaxillaris.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. Heft 3. 1897.*

Bericht über zwei derartige Tumoren aus der v. Hacker'schen Klinik, von denen der eine ein Sarkom, der andere ein Chondromyxosarcoma endotheliale darstellte.

A. ROSENBERG.

13) **O. Frey. Klinische Beiträge zur Aktinomykose.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. Heft 3. 1897.*

Genaue Besprechung der Aetiologie, der Infectionsmodi, der Diagnose, Prognose und Therapie und Mittheilung von 25 auf der Czerny'schen Klinik beobachteten resp. operirten Fällen.

A. ROSENBERG

14) **Avellis** (Frankfurt a. M.). **Epikrise eines Falles von nicht ganz plötzlichem Thymustod, verursacht durch (vicariirende) Thymusvergrösserung bei rudimentärer kleiner Milzanlage.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 14. 1898.*

Ein 4jähriger, sehr kräftiger Knabe starb unter den Augen von A. mit den Erscheinungen schwerster inspiratorischer stridoröser Athemnoth. Bei der Section fand sich die Thymus insbesondere in ihrem Dickendurchmesser vergrössert, in deren Substanz eine kirschgrosse, glattwandige Höhle, mit grauem eiterähnlichem

zähflüssigem Inhalt und eine rudimentäre kleine Milz, etwa von der Grösse eines Daumennagels. Diese rudimentäre Beschaffenheit der Milz lässt an eine functionelle Hypertrophie der Thymus denken.

SEIFERT.

15) **S. Bang** (Kopenhagen). **Ueber die Behandlung des Lupus mit concentrirten Lichtstrahlen nach der Methode von Finsen.** *Klinisch-therapeut. Wochenschr. No. 33. 1898.*

Finsen construirte einen Apparat, welcher die gelben, rothen und ultrarothen Strahlen abhält und nur die violetten und ultravioletten Strahlen concentrirt. Hierbei kam vorerst das Sonnenlicht in Anwendung. Der Apparat ist einfach und leicht zu handhaben. Später wurden Bergkrystallapparate und Volta-sches Licht in der Lichtstärke von 20000 Normalkerzen verwendet. Bei Anwendung dieser Apparate ist darauf zu achten, dass die zu beleuchtende Stelle vorher möglichst blutleer gemacht werden soll (eigene Compressorien). Die Erfolge seien sehr günstige. Keine Narbenbildung, doch langsame Wirkung.

CHIARI.

16) **A. Scheier. Neue Mittheilung über die Verwendung der Röntgen-Strahlen in der Laryngologie. (Nouvelles communications sur l'application des rayons de Roentgen en Laryngologie.)** *Archives internat. de Laryngol. XI. 2. März 1898.*

1. Mittelst Durchleuchtung des Schädels mit X-Strahlen kann festgestellt werden, ob man mit einer Sonde in die Stirnhöhle einzudringen vermag.

2. Das Studium der Physiologie der Stimme und des Gesanges wird durch diese Untersuchungsmethode sehr gefördert. Die Stellung der Zunge und des Gaumens, die des Zwerchfells u. s. w. werden auf diesem Wege bequem studirt.

E. J. MOURE.

17) **H. Benedikt** (Wien). **Diagnostik innerer Krankheiten durch die Röntgenstrahlen.** *Wiener med. Presse. No. 24. 1898.*

U. A. sagt Verf. folgendes: Bei der seitlichen Durchleuchtung des Schädels fällt vor Allem eine helle dreieckige Stelle auf, welche der Stirnhöhle entspricht. Scheier in Berlin sah bei gleichzeitiger Durchleuchtung eine in die Stirnhöhle eingeführte Sonde in jener oben beschriebenen Stelle. Am Gesichtsschädel sind die Augenhöhlen, der Nasenrachenraum und die Kieferhöhlen zu erkennen.

CHIARI.

18) **Smester. Therapie der Hals- und Nasenkrankheiten. (Therapeutique des maladies de la gorge et du nez.)** *Bulletin gén. de therapeutique. 15. Januar 1898.*

Zur antiseptischen Reinigung des Mundes und Halses zieht S. den Spülungen und Einblasungen die Siphonnage vor. Er gebraucht einen gewöhnlichen Selterwasser-Siphon und setzt ihm verschiedene medicamentöse Substanzen zu, Natr. bicarbon. (5pCt.), Natr. benzoïc. (5pCt.), Resorcin (2pCt.), Sublimat (0,05 pCt.) oder and. Kinder toleriren die Siphonnage leicht. Um den Strahl leicht dirigiren zu können, befestigt man auf den Hahn ein Kautschukrohr.

Bei acuter Coryza hat Verf. sehr gute Resultate erzielt mit 30—35° warmen

Nasendouchen von Carbol- (2 p.M.), Sublimat- (1 p.M.) oder Eisenchlorid- (1 pCt.) Lösung. A. CARTAZ.

19) **Smester. Eine neue Behandlungsmethode für Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. (A new method of treatment for pharyngeal and laryngeal affections.)** *N. Y. Medical Record. 11. Juni 1898.*

S. empfiehlt die medicamentösen Siphons, die wie ein gewöhnliches Selterwassersiphon construirt sind. Die Wirkung, die Verf. seit 15 Jahren erprobt hat, ist eine mechanische und eine anästhesirende; die Schleimhaut wird gereinigt und durch die Kohlensäure anästhesirt. LEFFERTS.

20) **J. Kunz** (Wien). **Ueber eine neue Form der Inhalation.** *Wiener medicin. Wochenschr. No. 1. 1898.*

Ausgehend von den schon seit langem gegen bronchiales Asthma in Gebrauch stehenden Stramoniumcigaretten und Cigarren ging K. daran, Tabak in geeigneter Weise mit Menthol zu imprägniren, andererseits im Mundstück einen mit Menthol imprägnirten Gazestoff anzubringen, der als Nicotinfilter wirkt und dieses zurückhält. — Als Indicationen der Mentholinhalation in der beschriebenen Form nennt Verf. u. A. folgende Erkrankungen:

Acuter und chronischer Schnupfen (Rhin. hypertr.)
Chronischer Rachencatarrh.
Chronischer Kehlkopf- und Bronchialcatarrh.
Bronchoblennorrhoe, Bronchiectasie.
Caries der Zähne, Stomatitis.
Leichte tuberculöse Spitzenaffectionen.
Fast alle Affectionen im Bereiche des Nervensystems. CHIARI.

21) **Vacher. Ein sehr einfaches und sehr praktisches Mittel, die Kehlkopfspiegel vor dem Beschlagen zu schützen. (Sur un moyen très simple et très pratique d'empêcher les miroirs laryngiens de se couvrir de buée.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 9. September 1897.*

Verf. taucht die von dem ihrer Oberfläche anhaftenden Fett befreiten und abgetrockneten Spiegel in eine 1proc. Lösung von Natriumcarbonat, in der sie beständig verwahrt werden. Auch eine 1promill. Lösung von Quecksilbercyanur ist zu empfehlen. E. J. MOURE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **J. Neuberger** (Berlin). **Ueber das Verhalten der Riechschleimhaut nach Durchschneidung des N. olfactorius.** *Centralbl. f. Physiol. No. 16. 1898.*

Die Durchschneidung des N. olfactorius zieht bei der Ente eine schon makroskopisch in die Augen fallende Atrophie caudal von der Operationsstelle gelegener Hirntheile nach sich; aber die Riechschleimhaut erleidet dabei sowohl bei

der Ente wie bei dem Frosch keine Veränderung. Es sind die Riechzellen also wohl nichts anderes, als in der Peripherie gelegene Ganglienzellen, die Centren der Riechbahn erster Ordnung.

A. ROSENBERG.

23) **Lacoarret. Ein Fall von Kakosmie. (Un cas de cacosmie.)** *Annales de la Policlinique de Toulouse. No. 1. Januar 1898.*

Es handelt sich um einen Kranken, dessen Nase in gewissen Intervallen einen schlechten Geruch verbreitete. Verf. führte denselben auf die Secretion der Drüsen der Riechschleimhaut zurück. Eine regelmässige Massage beseitigte die Störung.

E. J. MOURE.

24) **Moll. Demonstration eines Geruchsmessers mit einer chemisch reinen Riechlösung nach Zwaardemaker. (Présentation d'un olfactometre muni d'une solution odoriferante chimiquement pure du Dr. Zwardemaker.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 35. 28. August 1897.*

Beschreibung des Apparates und der zur Geruchsmessung benutzten Substanzen.

E. J. MOURE.

25) **Redact. Mittheilung. Zur Abortivbehandlung des acuten Schnupfens. (For the arrest of acute coryza.)** *N. Y. Med. News. 12. Februar 1898.*

Rp. Salol 0,9
Ac. salicylic. 0,18
Ac. tannici 0,06
Ac. borici 3,75.
S. Beim Ausbruch des Schnupfens ½ Tag lang als Schnupfpulver 1stündl. zu benutzen.

LEFFERTS.

26) **Loeffler. Gegen acuten Schnupfen. (Acute coryza.)**

Rp. Menthol. crystallis. 10,0
Toluol 5,0
Alcohol absol. gtt. 11
Liqu. ferri sesquichlorat. gtt. 6.
M. D. S. Zur localen Application.

LEFFERTS.

27) **Courtade. Abortivbehandlung bei acuter Rhinitis. (Abortive treatment of acute rhinitis.)** *N. Y. Med. News. 4. Juni 1898.*

Verf. empfiehlt heisse (50° C.) Nasendouchen mit milden antiseptischen Lösungen. Rabow rühmt sich gleich guter Erfolge durch die Anwendung von gewöhnlichem Salz fein gepulvert als Schnupfpulver.

LEFFERTS.

28) **Naegeli-Akerblom. Cocain zur Behandlung der Coryza bei kleinen Kindern. (Cocaine in the treatment of the coryza of infants.)** *N. Y. Med. Journal. 26. Februar 1898.*

Verf. nimmt eine Lösung von Cocaïn 2,0 auf Glycerin und Wasser aa 50,0 und instillirt 1 Tropfen in jedes Nasenloch 3 oder 4mal täglich.

LEFFERTS.

29) **Garel. Die Behandlung der Coryza. (The treatment of coryza.)** *N. Y. Med. Journal. 14. Mai 1898.*

H. empfiehlt folgendes Schnupfpulver:

Menthol 1 Theil
Ammon. chlorat. (oder Salol) 4 Theile
Ac. boric. 16 Theile.

Kann der Pat. wegen der Verstopfung der Nase das Pulver nicht ordentlich aufschnupfen, so blase man es ein.

Unna empfiehlt zu sparsamem Gebrauch folgenden Spray

Ichthyol 1 Theil
Aether, Alcohol aa 100 Theile.

LEFFERTS.

30) **Redact. Notiz. Uranium bei Coryza. (Uranium for coryza.)** *N. Y. Med. Journal. 26. Februar u. 30. April 1898.*

Rp. Uranium aceticum 1—2 Theile
Aqu. destill. 20 Theile.
M. D. S. Täglich 2 oder 3 Tropfen aufzuschnupfen.

LEFFERTS.

31) **Redact. Notiz. Gegen Rhinitis. (For rhinitis.)** *N. Y. Medical News. 14. Mai 1898.*

Rp. Phenacetin.
Pulv. Amyli ana 3,75
Pulv. Acaciae 7,5.
M. D. S. Mehrmals täglich in die Nase einzublasen.

LEFFERTS.

32) **J. A. Wade. Nasencatarrh und seine Behandlung. (Nasal catarrh and its treatment.)** *New England Med. Journal. Februar 1898.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

33) **Boucheron. Streptococcen-Rhinitis als mögliche Ursache von Asthma. (Streptococcus rhinitis as a possible cause of asthma.)** *N. Y. Med. Journal. 28. Mai 1898.*

B. erinnert an die Ansicht von Landouzy, nach der nicht selten bei echtem Asthma die Tuberculose mitspielt. Ist dies richtig, so nimmt B. an, dass auch andere Toxine den asthmatischen Symptomencomplex befördern können und besonders das Streptokokkengift. Daher die Heilung gewisser Fälle von Asthma durch Antistreptokokkenserum. B. selbst berichtet über einen solchen Fall, indem er auf Grund des Erfolges der Serumtherapie die Streptokokkenrhinitis für die Ursache des asthmatischen Leidens hält.

LEFFERTS.

34) **F. J. Dixon. Ein Fall von fibrinöser Rhinitis. (Case of fibrinous rhinitis.)** *Brit. Med. Journ. 22. Januar 1898.*

10jähriger Knabe; zuerst 3 Tage lang blutiger Ausfluss aus der linken Nasenseite. Heilung in 6 Wochen unter Anwendung alkalischer Auswaschungen.

ADOLPH BRONNER.



35) **George L. Chapman. Rhinitis fibrinosa. Bericht über die bakteriologische und histologische Untersuchung einiger Fälle. (Rhinitis fibrinosa, including a bacteriologic and histologic examination of cases.)** *N. Y. Medical News. 30. April 1898.*

Verf. giebt eine Zusammenstellung der bakteriologischen Befunde, die bisher bei Rhinitis fibrinosa erhoben wurden. Die Autoren fanden zum Theil den Loeffler'schen Bacillus, in einer nicht geringen Anzahl von Fällen aber nur Staphylokokken, Pneumokokken u. a. Bei den 3 Fällen, die Verf. untersuchte, fand er niemals den Diphtheriebacillus. Grösseren Werth als auf die bakteriologische Untersuchung legt Verf. auf die histologische. Das Exsudat bestand aus zahlreichen, meist polynucleären Leukocyten, wenigen Epithelzellen, einigen Kokken, ferner aus undefinirbaren Trümmern, das Ganze eingebettet in einem dichten fibrillären Netzwerk. Das letztere färbte sich nach Weigert blau und nach Altmann roth und erwies sich zweifellos als Fibrin.

LEFFERTS.

36) **Lacoarret. Ein Fall von Coryza caseosa. (Un cas de coryza caseeux.)** *Annales de la Polyclinique de Toulouse. No. 2. Februar 1898.*

Ein älterer Patient mit doppelseitiger seit mehreren Jahren bestehender Coryza caseosa. Als Ursache derselben bezeichnet Verf. ein beiderseitiges Empyem der Kieferhöhle mit spärlicher Secretion.

E. J. MOURE.

37) **Hecht. Zur Ozaenafrage.** *Münch. med. Wochenschr. No. 7. 1898.*

Da der bacterielle Befund bei Ozaena trotz bedeutender Besserung, des Mangels an Krusten und Foetors derselbe ist, wie vor der Behandlung, so müsste wenn einer der als specifisch angesprochenen Bacillen der Erreger der Krankheit wäre, der bakteriologische Befund mit Heilung der Krankheit doch sicher ein anderer sein. Da er dies aber nicht ist, so folgert Verf., dass die Ozaena keine Erkrankung bakterieller sondern trophoneurotischer Natur ist, wofür er mehrere mit cuprischer Elektrolyse behandelte Fälle anführt.

SCHECH.

38) **Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Naseneiterung und Stinknase, ihr Wesen und ihre Bedeutung für den praktischen Arzt.** *Die ärztl. Praxis. 6. 1898.*

Bresgen hält die Ozaena nur für ein Schlussbild einer ungünstig verlaufenen Naseneiterung und macht auf das überwiegende Vorkommen der Stinknase beim weiblichen Geschlecht aufmerksam. Für den praktischen Arzt sieht er die dankbarste Aufgabe in der Verhütung der Stinknase.

SEIFERT.

39) **Lombard. Die Serotherapie bei der Ozaena. (Serothérapie de l'ozène.)** *Annal. des malad. de l'oreille etc. No. 11. November 1897.*

Verf. behandelte auf der Gougenheim'schen Klinik 15 Ozaenakranke mit Serum. Die Erfolge waren nur vorübergehende trotz der grossen Zahl der Injectionen (bis 20 und 25).

E. J. MOURE.

40) **Sila-Nowitzki. Einige Beobachtungen über die Wirkung des Antidiphtherieserums bei Ozaena. (Neskolks nabljadenii nad deistwiem protiwodifterinoi siworotki pri slowonnom nasmorke.)** *Dietskaja Medizina. No. 3. 1898.*

Verf. hat 7 Kinder und 2 Erwachsene behandelt. Injicirt wurde No. 2 ge-

wöhnlich einmal, einmal 3mal. Der Geruch verminderte sich oder verschwand vollständig bei allen. Die Secretion wurde lebhafter.

P. HELLAT.

41) **Mouret. Behandlung der Ozaena mit alkalischen Mitteln. (Traitement de l'ozène par la médication alcaline.)** *Bull. et mem. d. l. Soc. franç. de laryng. XIII. 1897.*

Jede Seruminjection hat einen excitirend-motorischen Einfluss auf die Nasenschleimhaut. Die Secretion der Drüsen hindert die Bildung von Krusten und befördert die Ausstossung der schon gebildeten. Man erreicht dadurch zwar keine Heilung, aber doch eine merkbare Besserung der Ozaena-Symptome.

E. J. MOURE.

42) **Ferreri. Kreosot zur Behandlung der Ozaena. (Creosote in the treatment of ozaena.)** *N. Y. Med. Journal. 19. März 1898.*

Verf. benutzt Kreosot zur Behandlung der Ozaena seit 25 Jahren. Pur applicirt erregt dasselbe hochgradige Entzündung; deshalb soll es in dieser Form nur in ganz besonders hartnäckigen Fällen angewandt werden. In mittelschweren Fällen nimmt Verf. Kreosot und Glycerin zu gleichen Theilen. Oft genügt die Wirkung folgender viel schwächeren Lösung

Kreosot . . . . 5 Theile
Alkohol (75 pCt.) 10 „
Glycerin . . . . 40 „

LEFFERTS.

43) **Rethi. Die electrolytische Behandlung der Ozaena. (Le traitement électrolytique de l'ozène.)** *Rev. internat. de rhinol. etc. No. 3. März 1898.*

Verf. ist Anhänger dieser Behandlungsmethode, von der er nichts verlangt und erwartet, als dass sie den üblen Geruch zum Verschwinden bringt. Auch dies leistet sie übrigens nicht in allen Fällen.

E. J. MOURE.

44) **Bruck** (Berlin). **Zur Therapie der atrophischen Rhinitis.** *Centralbl. f. inn. Medicin. 23. 1898.*

Gegenüber dem Sänger'schen Verfahren (Nasenobturator) empfiehlt Bruck die von ihm zur Therapie der genuinen Ozaena sowie der nicht fötiden atrophischen Rhinitis empfohlene permanente Tamponade (hydrophiler Mullstreifen).

SEIFERT.

45) **Geo L. Richards. Formaldehyd bei atrophischer Rhinitis. (Formaldehyde in atrophic rhinitis.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Juni 1898.*

Verf. rühmt den Nutzen des Formaldehyds bei atrophischer Rhinitis sehr. Er entfernt mittelst Spritze oder Wattebausch, die eine alkalische Lösung enthalten, alle Krusten und Unreinlichkeiten aus der Nase und wäscht dieselbe dann gründlich mit einer Formaldehydlösung aus, die 5—10 Tropfen der 40proc. Lösung auf $^1/_4$ l warmes Wasser enthält. Da auch diese schwache Lösung noch stark reizt, ist ein vorheriger Cocainspray rathsam.

LEFFERTS.

46) **L. Réthi** (Wien). **Zur Behandlung der polypösen Rhinitis.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 18. 1898.*

R. bespricht zunächst die Wirkungen von Einblasungen und Pinselungen,

von Aetzungen mit Trichloressigsäure, Chromsäure und Arg. nitric., geht dann auf die Galvanokaustik über — Flachbrenner und Schlinge — bespricht die Doppelscheere von Fein, Schlinge nach Jarvis, kalte Schlinge, Hartmann'sche Scheere, das Turbinotom nach Jones.

R. bedient sich zur Abtragung polypöser Hypertrophien der Hartmannschen Scheere, giebt jedoch zu, dass sich gracilere Instrumente hiefür besser eignen.

Er entfernt, wenn die Muschelenden Stenosenerscheinungen bedingen, nebst den Enden auch die in der Mitte der Muschel befindlichen Schleimhaut, da dieselbe bekanntlich einige Zeit nach Entfernung der Enden zu wuchern beginnt, und die Nase wieder stenosirt.

Im Allgemeinen konnte R. keine nachtheiligen Folgen wie starke Blutung etc. nach dieser Operation constatiren.

CHIARI.

47) **Lang** (Wien). **Nasensyphilis.** K. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, Sitzung v. 29. April 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 18. 1898.*

Durchlöcherung des rechten Nasenflügels bei einem 63jährigen Manne, dessen Infection vor 37 Jahren stattgefunden hat. Lang betont u. A., dass er selbst nach 50 Jahren post infectionem unverkennbare luetische Krankheitsprocesse zu beobachten Gelegenheit hatte.

CHIARI.

48) **Heron. Lupus der Nase geheilt durch das neue Tuberculin. (Lupus of the nose cured by the new tuberculin.)** *Clinical Society of London. 25. Februar 1898. Brit. Med. Journal. 5. März 1898.*

27jähriger Mann mit Lupus vulgaris der linken Nasenseite, die aussen und innen ergriffen war; auch an der Lippe und dem Ohr bestanden Knötchen. In der Anamnese spielte eine etwas dunkle Angabe über acquirirte Lues eine Rolle. H. behandelte mit Tuberculin R; der Patient erhielt im Ganzen in 3 Monaten 126,5 Milligramm in 62 Injectionen. Die Temperatursteigerung nach den Injectionen betrug nur 38—39°. Die erkrankten Partien sind jetzt völlig vernarbt.

Discussion. B. Squire vermuthet, dass es sich in dem vorliegenden Falle doch um tertiär-syphilitische Erscheinungen handelte, obschon im Allgemeinen Tuberculin bei Syphilis keine Reaction hervorrufen soll.

Cotterell hat Tuberculin bei einem ganz zweifellosen Fall von Lupus gegeben und trotzdem die Temperatur nach der Injection auf 38,5 stieg, innerhalb 2 Monaten kein Resultat erzielt.

St. Clair Thomson hält die intranasale Erkrankung deshalb für syphilitisch, weil sie zur Nekrose führte.

J. Hutchinson jr. macht noch darauf aufmerksam, dass bei dem Patienten eine Geschwulst an der Tibia bestand, die durch Jodkali geheilt wurde. Das war etwa um die Zeit, in der auch die Flecken im Gesicht verschwanden.

Heron erwiedert, dass der Knoten an der Tibia die Folge eines Schlages war und dass das Jodkali nur gegeben wurde, weil dies Gewohnheitssache ist. Er fragt, ob denn die Narben, die der Patient zeigt, nach Syphilis aussehen.

ERNEST WAGGET.

49) **W. Scheppegrell** und **Sticker. Lepra und die Nase. (Leprosy and the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 23. April 1898.*

Im ganzen Verlauf der Leprakrankheit ist die Nase derjenige Körpertheil, der die grösste Anzahl von Leprakeimen nach aussen befördert. Sticker stellt fest, dass fast in allen Fällen die Infection in der Nase Platz greift. Die Nase stellt für die Lepra dasselbe dar, was die Lungenspitzen für die Tuberculose sind. Jeanselme und Laurens fanden bei 15 von 25 untersuchten Leprösen (die nervöse Form der Lepra war ausgeschlossen) Veränderungen im Hals und Nase. Die ersten Erscheinungen der Lepra bestehen oft in einer gewöhnlichen chronischen Coryza mit nasaler Verstopfung, Krustenbildung und Nasenbluten. Letzteres ist eine besonders wichtige Manifestation der Erkrankung. Die Schneider'sche Membran erscheint bei der Inspection geschwollen und erodirt; die untere Partie des Septums ist besonders geschwollen und hier verursacht die leiseste Berührung Bluten. Im weiteren Verlaufe der Krankheit kommt es zu Deformirungen der Nase; dieselbe wird verkürzt, nimmt die Form der Sattelnase an. Die Perforation des Septums, die gewöhnlich eintritt, sitzt im unteren Theile der Nasenscheidewand. Der Rand derselben ist im Anfang verdickt und hart, blutet leicht. Ist die Perforation älter, so erscheint der Rand dünn und auf der Schleimhaut findet man oft Knötchen. Der Geruch ist nicht merkbar beeinträchtigt, aber Anaesthesie ist vorhanden. Die letztere ist oft über die Schleimhaut des ganzen Septums verbreitet. Die Hansen'schen Bacillen finden sich im schleimig-eitrigen Secret der leprösen Rhinitis und bei Nasenbluten auch im Blut.

Der Nasenschleim der Leprösen ist nach Scheppegrell's Angaben äusserst virulent; er ist wahrscheinlich in den meisten Fällen der Krankheitsübertrager. Die Läsionen am Gaumensegel, im Hals und im Kehlkopf sind den secundären und tertiären Erscheinungen der Syphilis sehr ähnlich; aber der Nachweis der Anaesthesie sichert die Diagnose auf Lepra.

LEFFERTS.

50) **F. Dozy** (Amsterdam). **Menstruatio vicaria unter der Form einer starken Nachblutung nach Zahnextraction. (Menstruatio vicaria in den vorm van starke nabloeding na tandextractie.)** *Med. Weekbl. V. No. 20.*

Bei einer immer regelmässig menstruirenden Patientin, welche nach früheren Zahnextractionen niemals erheblich geblutet hatte, wurde am Tag, wo sie die Menstruation erwartete, ein cariöser Molar ohne Nebenverletzung extrahirt. Es stellte sich eine sehr heftige Blutung ein, welche sich am nächsten Tage wiederholte; und die Menstruation blieb aus.

H. BURGER.

51) **T. Stachiewicz** (Lemberg). **Ueber Nasenblutungen.** *Przeglad lekarski. No. 20. 1897. Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 1. 1898.*

St. theilt die bei älteren Leuten vorkommenden profusen Nasenblutungen in active — in Folge Endarteriitis, Aneurysma der Nasenarterien und fettiger Degeneration — und in passive — bei Varices der Nasenscheidewand. Er hält für die häufigste Ursache das Bohren in der Nase mit dem Finger und räth zur energischen Cauterisation mit Chromsäure, Trichloressigsäure oder dem Galvanokauter. Nach der Cauterisation legt St. 10proc. Cocainbäuschchen ein, um eventuellen Niesreiz vorzubeugen.

CHIARI.

52) **Bouzier. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 5. Februar 1898.*

Ac. benzoic.
Ac. tannicum
Ac. carbol. ana 1,0
Collodium ana 20,0.
S. Auf die blutende Stelle zu appliciren.

LEFFERTS.

53) **Fruitnight. Nasenbluten (Epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 30. April 1898.*

Verf. empfiehlt die locale Application von Citronensaft.

LEFFERTS.

54) **Sireday. Die Anwendung von gelatinirtem Serum zur Blutstillung. (Sur l'emploi du sérum gélatiné dans le traitement des hémorrhagies.)** *Société médicale des Hôpitaux. 11. Februar 1898.*

Das von Paul Carnot (Presse méd. 18. September 97) angegebene Verfahren ist auch für die Behandlung des Nasenblutens zu verwerthen. S. hat dasselbe in 11 Fällen mit gleichmässigem Erfolge angewendet. Er berichtet über einige besondens eclatante Fälle eingehender und rühmt die Gelatinelösungen, die eine coagulirende Wirkung auf das Blut ausüben, als ein Hämostaticum ersten Ranges, das in der Praxis die allergrössten Dienste zu leisten bestimmt ist.

Die Technik der Gelatineanwendung ist höchst einfach. Das gelatinirte Serum ist das bekannte künstliche Serum, bestehend aus 7 g Chlornatrium auf 1 l Wasser, in dem 8—10 pCt. Gelatine aufgelöst werden. Die Sterilisation geschieht $^1/_4$ Std. bei 100^0. Dann kann man zur Conservirung 1 prom. Sublimat oder 1 proc. Carbol zusetzen. Bei der Abkühlung wird das Präparat fest. Man kann es in Flaschen, luftdicht verschlossen, längere Zeit conserviren. Die gleichmässige Klarheit garantirt die Keimfreiheit.

Zum Gebrauch löst man die Masse einfach durch Einsetzen der ganzen Flasche in warmes Wasser auf. Man injicirt die Flüssigkeit oder applicirt sie mittelst Verband oder Wattebausch.

Bei Nasenbluten reinigt man erst die Nasenhöhlen durch Injectionen von warmem Wasser, dann injicirt man die flüssige Gelatine und tamponirt noch die vordere Nase mit in der Gelatine getränkter Watte oder Gaze. Das Verfahren empfiehlt sich durch seine Einfachheit, wie durch seine „unbestreitbare Wirksamkeit“ nicht nur beim Nasenbluten, sondern bei der Mehrzahl aller Blutungen.

PAUL RAUGÉ.

55) **Browicz. Vibrationsmassage der Nasenrachenschleimhaut. (O miasienin wewnatrznem btony sluzowej jamy nosowej i nosowo-gardtowej.)** Aus den Sitzungsberichten der Krakauer medicinischen Gesellschaft. — *Przeglad lekarski. No. 20. 1898.*

Verf. beschreibt die Methode und rühmt sie als besonders erfolgreich nicht nur bei hypertrophischen, sondern auch bei atrophischen pathologischen Processen des Nasenrachenraumes.

A. v. SOKOLOWSKI.

56) **F. Drabczyk. Die Elektrolyse und ihre Anwendung bei den Krankheiten der Nase. (Elektroliza i jej zastosowanie w cierjieniach nosa.)** *Kronika lekarska. No. 8. 1898.*

Verf., welcher diese Methode in der Poliklinik von Prof. Jurasz in Heidelberg anwendete, hat bei Nasenscheidewandkrümmungen, Exostosen, Hypertrophie der Nasenmuschel etc. günstige Resultate erzielt. A. v. SOKOLOWSKI.

57) **E. Fink** (Hamburg). **Wann ist die Anwendung der Galvanokaustik in der Nase indicirt?** *Wiener med. Presse. No. 33, 34. 1898.*

F. meint, dass nur zu häufig und von Unberufenen galvanokaustische Eingriffe in der Nase vorgenommen werden und dass Entzündungserscheinungen mittleren Grades nach solchen Eingriffen nie ausbleiben, häufig auch sich Allgemeinstörungen, wie Fieber, Kopfschmerzen etc. einstellen. Besonders nach Cauterisationen der hinteren Muschelenden erreichen nach F. die reactiven Erscheinungen einen bedeutenden Grad; die entzündliche Schwellung verläuft angeblich unter dem Bilde einer Phlegmone, die sich manchmal sogar auf den oralen Theil des Rachens erstreckt. Acute Tonsillitis sei eine häufige Folge von caustischen Eingriffen in der Nase, nicht selten (?) treten auch acute Mittelohrentzündungen auf. Verf. bespricht nun das bekannte Capitel der Physiologie der Nasenschleimhaut und kommt nach Besprechung der verschiedenen Indicationen zu dem Schlusse, dass die Galvanokaustik auf das geringste Maass zu beschränken sei und als souveränes Mittel eigentlich nur zur Beseitigung der vielen Reflexneurosen, die von der Nase ausgelöst werden, anzusehen sein. CHIARI.

58) **Lichtwitz. Exostose der Rachenwölbung durch Zufall mit adenoiden Vegetationen mitentfernt. (Exostose de la voûte pharyngée enlevée par hasard avec les végétations adénoides.)** *Arch. internat. de laryngol. No. 1. Januar-Februar 1897.*

Als Verf. Adenoide mit dem Schultze'schen Adenotom entfernte, traf er auf einen Widerstand, den er nur mit Mühe überwinden konnte. Eine Blutung trat nicht ein. Bei der Inspection der exstirpirten Gewebe fand sich ein Knochentheil, den Verf. als eine Exostose der Rachenwölbung beschreibt. (Ob derselbe nicht ein Vorsprung eines Wirbelkörpers war, wie solche gar nicht so selten vorkommen. ? Ref.) E. J. MOURE.

59) **Berger** (Paris). **Sarcom der Stirnhöhle. (Sarcome du sinus frontal.)** *Acad. de Medecine. 2. März 1897.*

Der Sinus wurde von seiner vorderen Wand aus eröffnet, dann curettirt; die Wunde ohne Drainage geschlossen.

Einige Tage nachher andauernde Eiterung; zweite Operation; der Kranke ist delirirend, bald gelähmt und comatös. Die Stirnhöhle wird diesmal vollständig offen gelegt, die Dura gespalten. Es findet sich ein eitriges Exsudat an den Meningen. Dieselben werden abgespült und die Hirnsubstanz mit dem Messer mehrfach punctirt. Der Kranke, der noch eine septische Pneumonie durchmacht, kommt zur Heilung. PAUL RAUGÉ.

60) **Escat. Erleuchtung der Kieferhöhle durch Contact oder retromaxilläre Erleuchtung. (Eclairage par contact du sinus maxillaire ou éclairage retromaxillaire.)** *Rev. hebdom. de laryngol. etc. No. 28. 10. Juli 1897.*

Verf. hat eine besondere electrische Lampe construiren lassen, die er direct auf die Schleimhaut an der hinteren Partie des Oberkiefers applicirt. Dies Instrument leistete bei der Diagnostik der Kieferhöhlenentzündungen sehr gute Dienste.

R. J. MOURE.

61) **G. Liambey. Die Behandlung der Kieferhöhlenentzündungen. (Du traitement des sinusites maxillaires.)** *Thèse de Paris. 1897.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Behandlungsmethoden bei Sinuserkrankung und bespricht ausführlich das Luc'sche Verfahren. Verf. hätte gut daran gethan, die Beschreibungen der verschiedenen Methoden in den Originalarbeiten nachzulesen; dann hätte er mir nicht die Idee der Eröffnung durch die Wange zugeschrieben, während es sich um die Eröffnung von der Fossa canina aus handelt (Arch. de Laryng. 1892).

A. CARTAZ.

c. Mundrachenhöhle.

62) **Franz Hofmann** und **Rudolf Bunzel. Untersuchungen über den elektrischen Geschmack.** *Pflüger's Archiv. LXVI. 1897.*

Während der Schliessungsdauer eines sog. einsteigenden Stromes (Anode auf der Zungenspitze) tritt ein metallisch saurer Geschmack auf, der bei der Oeffnung wieder schwindet (AnS-Geschmack); befindet sich die Kathode auf der Zunge, so tritt bei Schliessung ein leise angedeuteter bitterer Geschmack auf (KaS-Geschmack), bei Oeffnung ein rasch vorübergehender säuerlicher.

Auf dem Zungengrunde ist die elektrische Geschmacksempfindung viel reiner und freier von Nebenempfindungen.

Auf den hinteren Zungenpartieen unterscheidet man im KaOe-Geschmack deutlich eine süssliche Componente.

Die Zungenränder verhalten sich im Allgemeinen wie die Zungenspitze.

Bei Cocainvergiftung der Zunge giebt es ein Stadium, in dem wohl ein KoOe-Geschmack, aber kein KaS-Geschmack vorhanden ist.

Unter Anwendung von Gymnemasäure liess sich nachweisen, dass im KaOe-Geschmack (bei elektrischer Reizung des Zungengrundes) eine süsse Componente vorhanden ist.

Bei der elektrischen Reizung des Geschmacksorgans wirken wahrscheinlich die directe Nervenreizung durch den Strom und die indirecte durch elektrolytische Producte zusammen.

A. ROSENBERG.

63) **Wulfsohn. Die Arbeit der Speicheldrüsen. (Robota slpinnich jeles.)** *Bol. Gaz. 1898.*

Die absolute Menge des Speichels ist bei Hunden abhängig von dem Trockenheitsgrade der Nahrung:

Fleischnahrung fördert in der Minute 2 ccm Speichel,
Brodnahrung „ „ „ „ 4,3 „ „
Fleischpulver „ „ „ „ 7,9 „ „

Der Mucingehalt dagegen ist von dem Nährwerth der dargereichten Substanzen abhängig: Sand, Säuren etc. befördern ganz wässrigen Speichel zu Tage. Die Parotis aber secernirt in jedem Falle gleich flüssigen Speichel. P. HELLAT.

64) **A. Fournier. Schanker der Lippe. (Chancre de la lèvre.)** *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. 10. Februar 1898.*

Vorstellung einer Kranken mit einem Schanker der Lippen, der einem Gummiknoten ähnlich ist. Verf. betont die häufig vorhandene Aehnlichkeit zwischen dem Primäraffect und gewissen tertiären Erscheinungen. PAUL RAUGÉ.

65) **Albertin** (Lyon). **Gummöse Syphilis der Lippen. (Syphilis gommeuse des lèvres.)** *Société des scienc. méd. de Lyon. 16. Februar 1898.*

Vorstellung eines Patienten mit Gummiknoten an den Lippen und der rechten Backe. Diese Affection besteht seit 5 Jahren, die Syphilis seit 10 Jahren. An der Oberlippe sieht man einen glatten rothen Tumor von Nussgrösse mit 2 fistulösen Oeffnungen, aus denen eine serös-eitrige Flüssigkeit tritt. Eine Reihe von Knötchen nimmt die Commissur und die benachbarte Partie der Backe ein. An der Schleimhautfläche der Commissur sind einige Rhagaden zu sehen, aber keine Ulceration.

Verf. diagnosticirt auf tertiär-syphilitische Erkrankung in sclerös-gummöser Form oder, wie Tuffier es ausdrückt, „labialite tertiaire". Differentialdiagnostisch kommen in Frage seborrhoische Cyste, Tuberculose und Epitheliom.

Diese Veränderungen gehen nur langsam zurück und erfordern eine gemischte Behandlung, Jod und die Operation (Erweiterung der Fisteln, Curettement, Desinfection). PAUL RAUGÉ.

66) **Haury. Geschwulst der Lippe. (Tumeur de la lèvre.)** *Société franç. de dermatol. et de Syphiligr. 18. April 1898.*

27 jähriger Kranker hat am mittleren Theile der Unterlippe eine Plaque von der Grösse eines 20 Centimesstücks mit ulcerösem und papillomatösem Grunde. Auf derselben befindet sich eine Pseudomembran, die wenig adhärent ist. Induration ist nicht vorhanden; ebenso wenig Schwellung der Drüsen oder Allgemeinsymptome. Um Syphilis scheint es sich danach nicht zu handeln; die Natur der Erkrankung bleibt dunkel. PAUL RAUGÉ.

67) **Albertin** (Lyon). **Recidivirendes Carcinom der Unterlippe mit Verbreitung auf den Kiefer. Radicale Fortnahme der Gesammtgeschwulst (Weichtheile und 2/3 von dem horizontalen Kieferast). Sofortige und spätere Prothesen. Autoplastische Operationen. Restauration der Gegend. Wiederherstellung der Function. Heilung ohne Recidiv, 4 Jahre nach dem Eingriff controlirt. (Cancer récidivé de la lèvre inférieure avec propagation au maxillaire. Résection en bloc de la tumeur [parties molles et les 2/3 de la portion horizontale du maxillaire]. Prothèses immédiates et successives. Autoplasties. Restauration**

de la région. Rétablissement de la fonction. Guérison sans récidive contrôlée 4 ans après l'intervention.) *Société de Chirurgie de Lyon. 6. Januar 1898. Province Médicale. 12. Februar 1898.*

Der Fall, dessen Geschichte der ein wenig längliche Titel resumirt, ist in 2 Richtungen bemerkenswerth.

a) Wegen des Fehlens von Recidiven. Der Operateur erklärt die Dauer der Heilung

1. durch die relative Benignität der Geschwulst, die zwar in die Tiefe auf den Knochen griff, aber die Tendenz zum schnellen Fortschreiten auf der Schleimhaut, welche eines der charakteristischsten Indicien für die Malignität der Epitheliome ist, nicht besass;

2. durch die Ausdehnung des Eingriffs, der sich gleichzeitig auf die weichen Massen und den Knochen richtete und bei dem ausserdem alle Drüsen der Cervico-Maxillargegend entfernt wurden.

Der Fall bildet danach eine werthvolle Ermunterung für die Chirurgen, einzugreifen selbst wenn der Knochen angegriffen ist; dann aber möglichst ausgiebig und früh zu operiren.

b) Wegen des vollkommenen Resultates in ästhetischer und functioneller Hinsicht. Das Resultat ist in diesem Falle durch eine Combination von Autoplastik und Prothese erreicht:

1. die verschiedenen autoplastischen Operationen haben nach und nach das Kinn wieder bedeckt und die Unterlippe wiederhergestellt, so dass jetzt eine vollkommen bewegliche und contractile Mundöffnung vorliegt, bei der die Sprache (bis auf die Labiallaute) nicht gestört wird;

2. die Prothese ist mit dem Fortschritt der Heilung nach und nach geändert worden, bis sie jetzt dem Unterkiefer mit seiner normalen Physiognomie vollständig gleicht.

PAUL RAUGÉ.

68) **F. v. Friedländer** (Wien). **Beitrag zur Kenntniss der myogenen Kieferklemme.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 19. 1898.*

Ein 19jähriges Mädchen wurde wegen eines Osteoms unterhalb des linken Jochbogens operirt. Heilung. Nach 2 Jahren entwickelte sich angeblich am rechten Fusse eine knochenharte, schmerzlose Geschwulst, die in der Heimath der Pat. operirt wurde. Kurz darauf rasch zunehmende Kieferklemme. Diffuse Schwellung beider Schläfegegenden, welcher Tumor der in ein ungemein derbes Schwielengewebe verwandelte Muscul. temporal. ist. Beiderseitige Exstirpation. Sofort nach dem Erwachen aus der Narkose konnte Pat. activ maximal den Mund öffnen. Heilung.

Es handelte sich in diesem Falle um eine durch schwielige Degeneration und partielle Verknöcherung beider Temporales bedingte Kieferklemme und kann dieser Fall nur zur Gruppe multipler Exostosen im Sinne Virchow's gerechnet werden.

CHIARI.

69) **Schultze** (Drebkau). **Osteoma internum sarcomatosum des Oberkiefers.** Dissert. Würzburg 1898.

Tumor einem 14jährigen Mädchen durch Resection des linken Oberkiefers

entnommen (Rosenberger), der sich um einen in abnormer Richtung zur Entwicklung gelangten Zahn etablirt hat. Die Neubildung hatte zur völligen Obliteration der Highmorshöhle geführt.

SEIFERT.

70) **R. Cadwallader. Ueberzähliger Zahn im Gaumendach. (Supernumerary tooth in the palatine vault.)** *N. Y. Medical Record. 26. Februar 1898.*

Der Zahn sass genau in der Mittellinie des Gaumens in einer Querverbindung zwischen den beiden ersten Molarzähnen. Ueber seinen Ursprung lässt sich wenig sagen. Er muss von einem versprengten Zahnkeim abstammen oder vielleicht einen ursprünglich an der richtigen Stelle befindlichen und dann durch irgend eine Gewalteinwirkung verlagerten Zahn darstellen. Gegen letztere Deutung spricht seine anomale Gestalt und auch die Anamnese, in der von irgend einem derartigen Unfall nichts erwähnt ist.

LEFFERTS.

71) **Dieck** (Berlin). **Ueber den dentalen Ursprung der Prosopalgie.** Dissertat. Würzburg 1897.

In 3 Fällen hatte Dentikelbildung in der Pulpa von Molaren den zur Prosopalgie führenden Reiz auf den Trigeminus ausgeübt, Heilung nach Extraction der Zähne. Mittheilungen über die histogenetische Entwicklung der Dentikel.

SEIFERT.

72) **Matzenauer** (Wien). **Seltene Localisation des syphilitischen Primäraffectes im Munde.** K. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, Sitzung vom 17. Juni 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1898.*

Ein Ulcus in der Nische zwischen dem rückwärtigsten Theil der Schleimhaut der linken Wange und dem Angulus mandibulae, ein zweites, ca. 3 mm weit vom ersten getrennt, am weichen Gaumen. Die äussere Wangenhaut wird in der Gegend des linken Unterkiefers durch eine orangengrosse Geschwulst vorgewölbt. Haut darüber normal und verschieblich. Der Tumor besteht aus mehreren harten, am Unterkiefer fest adhärenten Drüsen. Differentialdiagnose gegen Carcinom.

CHIARI.

73) **Löffler** und **Frosch** (Berlin). **Bericht der Commission zur Erforschung der Maul- und Klauenseuche bei dem Institut für Infectionskrankheiten in Berlin, erstattet an den Cultusminister.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 5, 6. 1898.*

Ausführliche Darlegung der Untersuchungen, über deren Resultate wir bereits referirt haben.

ZARNIKO.

74) **Bernheim** (Zürich). **Ueber einen bakteriologischen Befund bei Stomatitis ulcerosa.** *Centralbl. f. Bakter. 5. 6. 1898.*

In den Geschwüren fand B. regelmässig einen bestimmt charakterisirten Bacillus und eine Spirochaete. Wegen der Constanz des Befundes und der grossen Menge, in welcher diese Mikroorganismen in den Geschwüren angetroffen wurden, hält B. es für sehr wahrscheinlich, dass sie die Ursache der St. ulcerosa sind. Culturen gelangen nicht.

SEIFERT.



75) **Zeiken Takenaka** (Japan). **Stomatitis gravidarum.** *Tokio Isischinschi. November 1897.*

Unter Stomat. gravid. versteht Verf. eine katarrhalische Stomatitis, die gewöhnlich im 6., 7. und 8. Schwangerschaftsmonate entsteht und zwar wahrscheinlich reflectorisch. Er publicirt gleichzeitig eine von dem Gynäkologen Ischida angefertigte Statistik von 142 derartigen Fällen. OKADA.

76) **Klapp. Zur Casuistik der Dermoide des Mundbodens.** *Beitr. z. klin. Chir. 3. Heft. 1897.*

Mittheilung vier derartiger Fälle aus der Wölfler'schen Klinik.

Man theilt diese Tumoren zweckmässig ein in Epidermoide, d. h. Cysten mit Cutisstructur, wobei aber die sog. Anhangsgebilde der Haut fehlen, und eigentliche Dermoide, bei denen diese in der Cystenwand zu finden sind.

Sind diese Geschwülste klein, so machen sie nur geringe Beschwerden, wachsen sie, so verursachen sie Störungen beim Sprechen, Kauen und Athmen. In einem der K.'schen Fälle kam es zu einer Einknickung des Lig. thyreohyoid., in Folge dessen zu einem Druck auf die Epiglottis und daher zu starken Athembeschwerden. Das Dermoid unterscheidet sich von der Ranula dadurch, dass bei ihm der Fingereindruck zurückbleibt, dass, wenn es unter der Schleimhaut sich präsentirt, es eine gelbliche Verfärbung der Oberfläche zeigt; die Ranula andererseits hat gewöhnlich keine genauere Begrenzung, sitzt meist lateralwärts.

Fluctuation können beide Arten der Tumoren zeigen.

Die Dermoide lassen die Mundschleimhaut unversehrt und weisen nur sehr geringe, wenig gefässreiche Adhäsionen mit der Umgebung auf. Von letzteren sind bloss die am Kinn und Zungenbein etwas fester.

Sie können sich nach innen von der Mundbodenmusculatur oder ausserhalb derselben entwickeln. A. ROSENBERG.

77) **Reboul. Tödtliche Blutung nach Durchschneidung des Zungenbändchens. (Hemorrhagie mortelle consécutive à la section du frein sublingual.)** *Assoc. franç., Congrès de St. Etienne. August 1897.*

Ein Arzt durchschnitt einem kleinen Mädchen das Zungenbändchen einige Stunden nach der Geburt. Leichte Blutung, die auf Tamponnade steht, dann aber wieder anfängt, als Flächenblutung fortdauert und allen Mitteln widersteht, der Fingercompression, dem Anlegen von Klemmpincetten, dem Betupfen mit Eisenchlorid u. s. w. R. sieht das Kind am nächsten Morgen; er versucht ebenfalls die Compression, dann den Galvanokauter; die Blutung aber steht nicht. Später werden mehrfach Seruminjectionen gemacht, die das Kind etwas wiederbeleben; es stirbt aber am 5. Tage, nachdem es Zeichen von Melaena, Ecchymosen unter den Nägeln und hämorrhagische Erosionen um den Anus dargeboten hat. R. nimmt an, dass das Kind hämophil war. A. CARTAZ.

78) **P. Sébileau. Die Diagnose der Zungengeschwüre.** *L'Odontologie. August 1897. Oesterr.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilkunde. 1898. Heft II. (Referat.)*

Verf. theilt die Geschwüre ein in:

1. flach aufliegende (traumatische, syphilitische, tuberculöse und Ulcerationen der Raucher);

2. hervorragende (tertiäre Syphilis, Epitheliom, tiefsitzende Tuberculose).

Eingehend erörtert Verf. die Differentialdiagnose. CHIARI.

79) **Vollmer** (Kreuznach). **Histologische Bemerkungen zu einem Falle von schwarzer Haarzunge.** *Arch. f. Dermat. 46. Bd. 1. Heft. 1898.*

Die parasitäre Natur der schwarzen Haarzunge darf als unhaltbar bezeichnet werden, es handelt sich nur um eine Hyperkeratose der Zungenschleimhaut, die durch eine zu oft vorgenommene Reizung der Mund- und Zungenschleimhaut durch desinficirende oder adstringirende Mundwässer, durch starkes Rauchen, Stomatitis (mercurialis?) begünstigt wird. Eine Reihe schöner Abbildungen illustrirt die verschiedenen Formen, unter welchen die Hornfäden, Hornpfeiler, Hornspitzen und Hornplatten auftreten können. SEIFERT.

80) **Brault. Macroglossie. Lymphectasien am Mundboden und am Halse und Gesicht. Zapfenförmige Amputation der Zunge. Punction der Lymphangiome. Pneumococcenbefund. Heilung. (Macroglossie Lymphangiectasies du plancher de la bouche et des regions cervico-faciales. Amputation conoide de la langue. Ponction des lymphangiomes. Présence du pneumocoque. Guérison.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 11. November 1897.*

Das Kind war schon in zahlreichen Sitzungen, doch ohne Erfolg electrolytisch behandelt worden. Die Operation ergab ein vorzügliches Resultat.

E. J. MOURE.

81) **Lennhoff** (Berlin). **Ueber Echinococcen und syphilitische Geschwüre.** *Dtsch. med. Wochenschr. No. 26. 1898.*

Bei einem der in der vorl. Mittheilung verwertheten Pat. fand sich ein venöses Angiocavernom der Zunge vor, das Verf. nach einer Photographie abbildet. ZARNIKO.

82) **L. S. Somers. Fibröse Hypertrophie der Zungentonsille. (Fibrous hypertrophy of the lingual tonsil.)** *New England Med. Journal. April 1898.*

Krankengeschichte eines Falles. Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

83) **E. Winckler** (Bremen). **Zur operativen Behandlung der hyperplastischen Zungentonsille.** *Wiener med. Wochenschr. No. 31. 1898.*

Bei Individuen, welche von ihrem Kehlkopfe gesteigerte Arbeitsleistung verlangen oder berufsmässig verlangen müssen, hält W. die Entfernung einer eventuell hyperplastischen Tonsilla lingualis für indicirt:

1. wenn sich an ihr häufig wiederholende Katarrhe zeigen;

2. wenn durch die Einschränkung der Bewegung der Epiglottis direct nachweisbar oder mit aller Wahrscheinlichkeit auch der Larynx in Mitleidenschaft gezogen ist.

W. entfernt diese hyperplastische Zungentonsille je nach ihrer Form entweder mit einem Ringmesser oder einer entsprechend gekrümmten Scheere, indem

er die Zunge, wie zu endolaryngealen Eingriffen stark herausziehen lässt. Der seinerzeitige Vorwurf, dass die Anwendung des Ringmessers am Zungengrund deshalb unzweckmässig sei, weil es in der betreffenden Gegend an einer festen Unterlage fehlt und daher ein sicheres Arbeiten nicht möglich sei, erweist sich in praxi als gänzlich hinfällig.

CHIARI.

84) **Emile Weil. Krebs der Zunge mit Metastase am Herzen. (Cancer de la langue. Généralisation cardiaque.)** *Société anatomique de Paris. 11. Juni 1897.*

Der Kranke, der einen langsam sich entwickelnden Krebs der Zunge hatte, starb an Cachexie. Die Geschwulst erwies sich als gelapptes Epitheliom mit Epidermiskugeln.

Bei der Section fand sich eine einzigartige Metastase. An der Basis des rechten Ventrikels ragte ein kleinnussgrosser weisslicher Knoten über die Muskelfläche heraus; derselbe zeigte denselben Bau wie die Zungengeschwulst.

Die Localisation am Herzen hatte intra vitam keine Symptome geboten.

PAUL RAUGÉ.

85) **S. Baumgarten** (Budapest). **Exstirpation der linken Zungenhälfte nach einer neuen Modification von der Regio submaxillaris aus, mit vorheriger Unterbindung der Arteria lingualis et maxillaris externa.** *Aerztlich. Centralanzeiger. No. 22. 1898.*

Von mehr chirurgischem Interesse.

CHIARI.

86) **Vallas** (Lyon). **Totale Amputation der Zunge durch die Pharyngotomia transhyoidea. (Amputation totale de la langue par la voie transhyoidienne.)** *Soc. d. Scienc. méd. de Lyon. Mai 1897. Lyon méd. 30. Mai 1897.*

Verf. stellt einen 47jährigen Patienten vor, bei dem er vor 1 Monat die Totalexstirpation der Zunge wegen Epitheliom ihres hinteren Theiles vorgenommen hat. Verf. hat dabei das Verfahren angewendet, das er mehrfach als Amputatio transhyoidea mit medianer Osteotomie des Zungenbeins beschrieben hat. Verf. bespricht die Vortheile dieser Methode, die allen anderen Methoden, auch der Osteotomie des Kiefers, überlegen ist.

Die Vernarbung bei dem vorgestellten Falle ist bereits eine vollständige. Die Sprache ist wenig behindert; nur die lingualen Laute sind etwas gestört. Stärker ist das Schlucken beeinträchtigt. Der Kranke musste die ersten 15 Tage eine Dauersonde im Oesophagus tragen und auch jetzt noch kann er nur mit Hülfe einer Kautschuckröhre schlucken, welche die Flüssigkeiten bis in die obere Pharynxöffnung leitet. Verf. hofft, dass die Function des Schluckens sich durch die Einsetzung einer von Martin (Lyon) ersonnenen künstlichen Zunge bessern wird.

PAUL RAUGÉ.

87) **E. Hönigschmied** (Weistrach). **Ein Kind mit zwei vollkommen ausgebildeten Zungen.** *Med.-chirurg. Centralbl. No. 28. 1898.*

Die accessorische Zunge inserirte sich an der hinteren Rachenwand, gerade hinter der Uvula und hing Mangels einer Stütze in den Schlund hinab, wobei sie

natürlich auch den Luftzutritt in den Larynx erschwerte. Die Zunge war 6 cm lang, $3^1/_2$ cm breit, die Stielbasis war 2 cm. — Entfernung derselben — nach vorhergegangener Ligirung — mit der Scheere. Keine Blutung. Heilung. Die andere Zunge war vollständig angewachsen und musste gelöst werden.

CHIARI.

88) **W. M. Helsham** (Richmond N. S. W.). **Ein Fall von Zungenspalte mit Fehlen des weichen Gaumens. (A case of cleft tongue and absence of the soft palate.)** *Australian Med. Gazette. 20. April 1898.*

H. beobachtete diese Missbildung bei einem Kinde von $8^1/_2$ Monaten. Der weiche Gaumen fehlte vollständig.

A. J. BRADY.

89) **E. Owen. Die operative Behandlung der Gaumenspalte. (The operative treatment of cleft palate.)** *Lancet. 29. März 1898.*

Betrifft die Spaltung nur den weichen Gaumen, so kann die Operation bereits in den ersten Lebensmonaten vorgenommen werden. Ist aber der harte Gaumen betheiligt, so wartet man besser mindestens bis zum zweiten Jahre. Der Verf. macht die Operation in einer Sitzung. Das Kind liegt auf dem Rücken mit hängendem Kopf; Verf. verwendet Chloroform; er empfiehlt den Smith'schen Knebel. Bezüglich der Ernährung der Kinder und der Wahl der Instrumente giebt der mit mehreren Abbildungen versehene Artikel nützliche Winke.

ADOLPH BRONNER.

90) **Haderup** (Kopenhagen). **Aeltere und neuere Behandlung der Gaumenspalte (Palatum fissum congenitum).** *Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. II. 1898.*

Kurze Besprechung der Operationsmethoden und der von Gutzmann eingeführten Nachbehandlung durch Sprachgymnastik und Massage des Velums und des Pharynxwulstes.

SEIFERT.

91) **Avellis. Ueber klonische Gaumenmuskelkrämpfe mit objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch.** *Münch. med. Wochenschr. No. 17. 1898.*

Avellis betrachtet die klonischen Gaumenmuskelkrämpfe mit objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch nicht als ein Leiden, gegen das locale Therapie anzuwenden sei, sondern als ein Symptom allgemeiner Nervosität, das sich eher durch eine hygienisch-diätetische Allgemeinbehandlung beseitigen lässt. Er wird bestärkt in seiner Anschauung durch die völlige Nutzlosigkeit der Durchschneidung des Tensor veli palatini, die er an einem Patienten vorgenommen hatte.

SCHECH.

92) **Bernhardt** (Berlin). **Ueber rhythmische Gaumensegelcontractionen.** *Dtsch. med. Wochenschr. No. 30. 1898.*

Vorstellung eines Falles mit Bemerkungen über die Pathologie der Erkrankung.

ZARNIKO.

93) **Doubre. Gemischte Tumoren des Gaumensegels. (Des tumeurs mixtes du voile du palais.)** *Bulletin médical. 9. Januar 1898.*

Verf. giebt eine Besprechung der Arbeit von Berger (Revue de Chirurgie.

No. 5-7. 1897.) Alle Thatsachen sprechen für einen epithelialen Ursprung dieser Geschwülste. Dieselben setzen sich zusammen aus epithelialen Elementen, die in ihrer Anordnung öfter an Epitheliome als an Adenome erinnern, und aus einem bindegewebigen Gerüst. Für einen endothelialen Ursprung dieser Tumoren liegt kein Anhalt vor. Dieselben sind gutartig; ihre Schwere ist nur durch ihr übrigens sehr langsames Wachsthum bedingt. Die localen Recidive sind stets durch eine unvollständige Abtragung verschuldet.

Ausser diesen gemischten Tumoren kommen im Gaumensegel Geschwülste vor, die ihnen sehr ähnlich sind, aber doch nicht mit ihnen verwechselt werden dürfen; es sind dies die Sarcome und Angiosarcome. PAUL RAUGÉ.

d. Diphtheritis und Croup.

94) **F. Schanz** (Dresden). **Die falschen und die echten Diphtheriebacillen.** Vortrag, geh. am 19. März 1898 in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. — *Wiener med. Presse. No. 28, 29. 1898.*

Nach Mittheilung seiner eingehenden Untersuchungen über den Diphtheriebacillus sagt Sch.: Stellen wir uns auf den Standpunkt der Dualisten, so haben sich bis auf die Untersuchungen von Spronck und Neisser alle angegebenen Unterscheidungsmerkmale als trügerisch erwiesen und sind alle Statistiken, die in der Zeit vor dem Bekanntwerden dieser Untersuchungen zusammengestellt wurden, hinfällig. Stellen wir uns auf den Standpunkt der Unitarier, indem wir annehmen, dass der ungiftige Löffler'sche Bacillus durch irgend eine Ursache giftig wird, so kann man diesen Bacillus nicht mehr als alleinigen Erreger der Diphtherie ansprechen. Darum kann er immer noch im Krankheitsbilde der Diphtherie eine sehr wesentliche Rolle spielen. Als den Angelpunkt der ganzen Frage hält Verf. den Xerosebacillus. CHIARI.

95) **Hörschelmann. Beobachtungen über die Formalindampf-Wirkung auf Diphtheriebacillen.** Protocoll des Vereins St. Petersburger Aerzte. 1898.

Die Bacillen verschwanden in kurzer Zeit aus der Rachenhöhle der Kranken. Nachdem man die Formalineinathmung eingestellt hatte, erschienen sie aber wieder.

Lunin warnt vor zu grossen Erwartungen in Bezug auf Formalin. Er glaubt nicht, dass Formalin in alle Buchten und Lacunen der Nasenrachenhöhle, wo sich Bacillen befinden können, eindringt. Ueberhaupt ist nach L. schwer zu bestimmen, wann die Bacillen ganz verschwunden sind. Die Praxis hat ergeben, dass etwa 3 Wochen nach dem Schwund der Beläge die Isolirung aufgehoben werden kann.

Ucke hält das Eindringen des Formalins in Gewebssäfte (nur in einem solchen Falle wäre eine Wirkung denkbar) für unwahrscheinlich. Redner schlägt vor das Chinin innerlich zu versuchen.

Masing verlangt eine locale Desinfection des Rachens.

Möhlenfeldt proponirt bei Kindern Präventiv-Seruminjectionen. Von

prophylactisch geimpften Kindern erkrankten nach seiner Beobachtung 6 pCt., von nicht geimpften erkrankten 26 pCt.

Anders erwähnt, dass früher Laryngitis fibrinosa in Hospitälern nicht isolirt wurde. Infectionen wurden trotzdem nicht beobachtet.

Lunin glaubt ebenfalls an eine nicht infectiöse Laryngitis fibrinosa.

P. HELLAT.

96) **Enriquez** und **Hallian. Das Nervensystem bei der experimentellen Vergiftung mit Diphtheriegift. (Le système nerveux dans l'intoxication diphthérique expérimentale.)** *Société de biologie. 15. Januar 1898.*

Die Verff. erinnern daran, dass sie die ersten waren, die Veränderungen im Centralnervensystem nach Injection von Diphtheriegift beim Thiere constatirten.

Sie fügen ihren früheren Beobachtungen die weitere hinzu, dass in einer gewissen Zahl von Fällen, bei denen Veränderungen in der Medulla mikroskopisch und makroskopisch nicht nachweisbar sind, doch durch die Prüfung des arteriellen Druckes und der Herz- und Gefässreflexe eine Affection des Bulbus erweisbar ist.

PAUL RAUGÉ.

97) **Murawjew. Gegenseitige Wirkung des Toxins und Antitoxins auf das Nervensystem der Meerschweinchen. (Difteritni toxin i antitoxin w jich wsaimo diestwii na nerwnuju sistemu morskich swinok.)** *Dietsk. Med. No. 1. 1898.*

Nach Toxininjection beobachtete M. nach Verlauf von 3 Tagen Desagregation der chromophilen Kerne und Chromatolyse der Zellen mit reichlicher Vacuolenbildung. Paralysen traten aber erst nach Entwickelung von Nephritis auf. In den peripheren Nerven keine Veränderungen.

Bei der Einführung des Toxins und Antitoxins hängen die Veränderungen im Nervensystem von dem Neutralisationsgrade dieser beiden Substanzen ab. War die Neutralisation eine vollständige, so wurden fast gar keine Veränderungen wahrgenommen; war sie nicht genügend, so traten dieselben Veränderungen auf, wie bei alleiniger Toxinwirkung. Antitoxin ohne Beimischung von Toxin ergiebt ähnliche Veränderungen in den Nervenzellen, wie Toxineinführung nur ohne Vacuolenbildung. Aus seiner Arbeit zieht M. den Schluss: Antitoxin bringt eine Woche nach der Infection wenig Nutzen mehr. Antitoxin selbst ist keine indifferente Substanz. Anwendung vieler kleiner Dosen ist rationeller, als eine einmalige grosse Dosis.

P. HELLAT.

98) **Charrin** und **Bardier** (Paris). **Wirkungen der Toxine und der Antitoxine auf die Circulation. (Effets des toxines et des antitoxines sur la circulation.)** *Société de Biologie. 19. März 1898.*

Experimente am Frosch zeigten den Verff., dass das Toxin und das Antitoxin entgegengesetzte Wirkungen auf das Herz ausüben: das Diphtheriegift verlangsamt die Schlagfolge, das Serum der geimpften Thiere beschleunigt sie.

Doch halten die Verff. im Gegensatz zu Fenewetzky, der diesen Antagonismus als einen absoluten ansieht, nach ihren Experimenten die physiologische Thatsache nicht für constant.

PAUL RAUGÉ.

99) **Grigorjew. Bakteriologische Untersuchungen des Rachens und der Nase bei reconvalescenten Diphtheritiskranken. (Bakteriologitscheskije isledowanija sewa i nosa wisdarawlitdajuschtschich difterinich bolnich.)** *Dietsk. Med. No. 1. 1898.*

G. führte die Untersuchung an 46 diphtheriekranken Kindern aus. Die Diagnose bei der Aufnahme ins Hospital wurde bacteriologisch controlirt. Untersuchungen des Rachens und der Nase wurden wiederholt vorgenommen. 15 mal wurde der Rachenschleim allein, 31 mal auch der Nasenschleim durchgesehen. Resultat: In 36 Fällen (78,25 pCt.) Schwund der Bacillen vor dem Ende der ersten Woche nach der Reinigung des Rachens, in 5 Fällen (10,87 pCt.), im Verlaufe der 2. Woche, in 5 Fällen (10,87 pCt.) bis zum Ende der 3. Woche noch Bacillen vorhanden.

In 2 Fällen waren die Bacillen am Ende der 3. Woche für Meerschweinchen noch tödtlich.

P. HELLAT.

100) **Et. Golay. Ein Fall von prolongirter Diphtherie. (Apropos d'un cas de diphthérie prolongée.)** *Journ. de clin. infant. 2. December 1897.*

8jähriges Kind erkrankte am 12. März 1896 an Angina diphtheritica. Die Diagnose wurde bakteriologisch gesichert. Der Fall heilte nach einer Seruminjection. Am 8. April, während der Gesundheitszustand ein ganz normaler ist, ergiebt eine erneute bakteriologische Untersuchung Loeffler'sche Bacillen in Reincultur. Vom 17. April bis 21. August werden 27 mal Culturen angelegt, alle mit demselben Resultat. Am 1. September tritt eine neue Angina auf, wieder mit Bacillenbefund. Am 22. October wiederum Angina; 8 Tage nachher bakteriologische Untersuchung ohne Befund. Keine Culturen mehr, bis am 5. Februar 1897 eine pseudomembranöse Angina eintritt. Bei dieser finden sich Diphtheriebacillen mit Streptococcen. Es wird wieder Serum gespritzt. Am 13. Februar vollständige Heilung; keine Bacillen mehr.

A. CARTAZ.

101) **Slawyk. Ueber Halbseitenlähmung nach Diphtherie.** *Münchener medicin. Wochenschrift. No. 23. 1898.*

Bei einem 7jährigen Mädchen trat am 13. Krankheitstage Herzschwäche und Gaumensegellähmung auf, welcher Facialislähmung und vollständige Lähmung der linken Körperhälfte nachfolgte. Die Section ergab Dilatation und parenchymatöse Veränderung des Herzens, Erweichung der rechten Gehirnhälfte, Embolie der Arter. fossae Sylvii.

SCHECH.

102) **C. Fisch. Untersuchungen über die Assimilation des Diphtherieserums im Körper. (Some experiences on the assimilation of diphtheria antitoxine.)** *N. Y. Medical Journal. 9. April 1898.*

F.'s Versuche sprechen erstens für die chemische Natur des Antitoxins und zeigen zweitens mit voller Sicherheit, dass die Immunität gegen Diphtherie auch bei der Darreichung des Heilserums resp. der antitoxischen Milch per os eintritt. Bei Kindern ist die Immunisirung durch die Milch sogar vorzuziehen. Freilich ist zu Heilzwecken und auch bei der Nothwendigkeit schneller Prophylaxe, in

Familien z. B., in denen ein Glied bereits erkrankt ist, dieser Weg nicht anwendbar, wegen der Langsamkeit der Resorption des Antitoxins oder wenigstens der Diffusion desselben durch den Körper. Warum diese Substanz so viel langsamer als andere chemische Körper nach der Aufnahme vom Darm aus den Körper durchdringt, bedarf noch der Aufklärung. LEFFERTS.

103) **H. Hertel. Serum bei Diphtherie. (Antitoxin in diphtheria.)** *New England Med. Journal. Januar 1898.*

Krankengeschichte eines Falles, ein Kind von $1^1/_2$ Jahren betreffend, mit Ausgang in Heilung. J. W. SWIFT (LEFFERTS).

104) **George Suttie. Die Serumbehandlung der Diphtherie in Detroit U. S. A. (The antitoxine treatment of diphtheria in Detroit U. S. A.)** *N. Y. Medical Journal. 16. April 1898.*

Die Erfahrungen sind günstige und Aerzte wie Publikum gewinnen immer mehr die Ueberzeugung von dem Nutzen der Serumbehandlung. LEFFERTS.

105) **W. Gripper. Immunisirung mittelst Diphtherieserum. (Immunisation by diphtheria antitoxin.)** *Brit. Med. Journ. 26. März 1898.*

In einer grossen Schule trat Diphtherie auf. 22 der jüngsten Kinder wurden mit 200 Immunitäts-Einheiten injicirt. Keines von diesen erkrankte an Diphtherie.

ADOLPH BRONNER.

106) **E. C. Aviragnet** und **Apert. Indicationen und Gebrauchsanweisung des Diphtherieheilserums. (Indication et mode d'emploi du serum antidiphthérique.)** *Gazette des Hôpitaux. 24. u. 31. Juli 1897.*

Die Verff. besprechen die gesammte Serumfrage vorwiegend von praktischen Gesichtspunkten: Wie soll man injiciren? Wie viel? In welchen Fällen und in welchem Moment? Ihre Stellung gegenüber der Serumtherapie, welche die Mortalität von 50 auf 16 pCt. herabgedrückt hat, ist eine günstige. In der grossen Mehrzahl der Fälle, schliessen die Verff., hat das Serum keinerlei störende Folgen. In 10—20 pCt. der Fälle erzeugt es einen Ausschlag, der meist eine einfache Urticaria darstellt, seltener erythematöse Formen annimmt und dann von leichten Allgemeinerscheinungen begleitet ist. Die wenigen Fälle von Nephritis, die mitgetheilt sind, können ebenso der Diphtheritis selbst oder secundärer Infection, als dem Serum auf Rechnung gesetzt werden. Vielleicht sind in einigen Fällen dysenterieartige Durchfälle und Metrorrhagien dem Serum zuzuschreiben. Tödtliche oder auch nur bedrohliche Zufälle sind sehr selten vorgekommen und der Beweis, dass das Serum an ihnen Schuld trägt, steht aus. PAUL RAUGÉ.

107) **Paul Hervé. Bericht über die Behandlung der Diphtherie mittelst Serum und Intubation im Hôpital du Mans. (Notes sur la diphthérie à l'hôpital du Mans, serotherapie et intubation.)** *Arch. med. Angers. II. p. 56.*

Seit Einführung des Serums hat Verf. 63 Fälle von Diphtherie behandelt, 20 Anginen, die alle geheilt wurden, und 43 Fälle von Croup, von denen 5 starben. Bis auf 2 erhielten alle Fälle Serum; die Menge desselben war eine

wechselnde, je nach der Intensität der Erkrankung. Ueble Folgen — von einigen Ausschlägen abgesehen — wurden nicht notirt.

Intubirt wurden 15 Kranke; tracheotomirt 2; auch diese beiden in einer Zeit, in der die Intubation noch weniger geläufig war.

A. CARTAZ

108) **Richardière. Statistik der Diphtheritis im Hopital Trousseau. (Statistique de la diphthérie à l'hopital Trousseau.)** *Société médicale des Hôpit. 15. April 1898.*

Diese Statistik ergiebt eine Mortalität von 17,9 pCt. Zieht man 31 Fälle, die in weniger als 24 Stunden nach ihrer Aufnahme ins Krankenhaus starben, ab, so erhält man eine Mortalität von 13,5 pCt.

Die Statistik umfasst 696 Fälle in einem Zeitraum von 8 Monaten. 433 heilten ohne chirurgischen Eingriff; intubirt wurden 172 (mit 47 Todesfällen); tracheotomit 56 (mit 45 Todesfällen).

PAUL RAUGÉ.

109) **R. Kretz** (Wien). **Heilserumtherapie und Diphtherietod.** K. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, Sitzung vom 13. Mai 1898. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 21. 1898.*

Die zur Beobachtung gelangten Fälle beziehen sich auf ein Krankenmaterial von 1989 Patienten mit 607 Todesfällen — und umfasst die Jahre 1893—1897 incl. — Eignet sich nicht für ein kurzes Referat.

CHIARI.

110) **Werblowski. Fall von Diphtheritis der Augenlider und der Schleimhaut des Auges. (Slutschai difterita wek i slisistoi obolotschki glasa)** *Bolnitsch. Gaz. No. 11. 1898.*

Beschreibung eines Falles. Heilung.

P. HELLAT.

111) **Mollenfeldt. Von der Anwendung der prophylaktischen Seruminjectionen. (O primenenii predochronitelnich wpriskiwanii protiwodifterinoi siworotki.)** *Bolnit. Gaz. No. 32. 1898.*

Bericht über die prophylactischen Impfungen von 111 Fällen. Aus dem Erfolge lassen sich keine Folgerungen ziehen (Ref.).

P. HELLAT.

112) **Schabod. Zur Frage der Schutzimpfung mit Antidiphtherieserum. (K woprosu o predochronitelnich wpriskiwanii protiwodifterinoi siworotki.)** *Boln. Gaz. No. 32. 1898.*

Nichts von Bedeutung.

P. HELLAT.

113) **Feldt. Beobachtungen aus dem Nicolai-Kinderhospital. (Nabljudenja w Nicolaewskoi djetskoi bolnitze.)** *Boln. Gaz. No. 32. 1898.*

Angaben über Schutzimpfungen. Ohne weiteres Interesse.

P. HELLAT.

114) **Stuckei. Erkrankungen an Diphtheritis und die prophylaktischen Injectionen in der chirurg. Abtheilung des Prinz Oldenburger Kinderhospitals. (Sabolewanija i predochronitelnija wpriskiwanija w chirur. ordelenii djetskoi bolnitzi prinza Oldenburgskowo.)** *Bol. Gaz. No. 32. 1898.*

Beansprucht kein weiteres Interesse.

P. HELLAT.



115) **Werewkin. Statistische Ermitteluugen über Diphtheritis in Moskau und ihre Bedeutung bei prophylaktischen Injectionen. (Statistitscheskija dannija o difterite w Moskwe i jich snatschenie w woprose o predochronitelnich wpriskiwanijach.)** *Dietskaja Med. No. 1. 1898.*

Aus der Zusammenstellung der einzelnen und Herderkrankungen in den Moskauer Häusern in den Jahren 1889—1895, d. h. bis zu dem Zeitpunkte, wo die prophylactischen Injectionen am meisten im Gange waren, entnimmt W. als Endresultat, dass die Diathese für Diphtheritis überhaupt nicht gross ist und dass die prophylactischen Injectionen keinen merklichen Einfluss auf das Verhältniss der einzelnen Zahlen zu einander und auf die Anzahl der Erkrankungen überhaupt ausüben.

P. HELLAT.

116) **Rauchfuss. Erfolge der Serumtherapie in Russland. (Uspechi primenenija protiwodifterinoi siworotki w rossii.)** *Bolnitsch. Gazeta. 1898.*

Bericht über die Arbeit der Commissionen, die auf die Initiative von R. durch Delegirte von zwei Vereinen in Petersburg zur Klarlegung der Serumfrage zusammengestellt wurde. Der Bericht enthält die Daten aus ganz Russland, die im Verlaufe von 1895—1897 veröffentlicht wurden oder sonst der Commission zugänglich waren. Die Gesammtzahl der mit Serum behandelten Kranken beträgt 44631; Sterblichkeit 14,6 pCt. Nicht behandelt 6507; Sterblichkeit 34,1 pCt. Die Arbeit enthält sehr viele Tabellen und lässt sich deshalb im Referat schwer wiedergeben. Es geht aus derselben hervor, dass Rauchfuss ein überzeugter Anhänger der Serumtherapie ist.

P. HELLAT.

117) **Posatzki. Diphtheritis im Jahre 1897 in St. Petersburg nach den Angaben des Barackenhospitals (zum Andenken S. Botkin's) und ihre Behandlung mit Serum. (Difterit 1897 g w St. Peterburge po dannim baratschnoi w pamjatj S. P. Botkina bolnitzi e jewo letschenije siworotkoi.)** *Bolnitsch. Gazeta. 1898.*

Behandelt wurden im Ganzen 3352 Fälle, von ihnen genasen 2405, starben 811 also 25,2 pCt. Von diesen wurden mit Serum behandelt 1429 Fälle, von denen 376 starben. Ohne Serum 1887 und von diesen starben 535. Im Uebrigen enthält auch diese Arbeit sehr viele Tabellen, die sich zum Referate nicht eignen. P. schliesst dieselbe mit der Bemerkung, dass sein Material nicht genügend sei, um über den Einfluss des Serums ins Reine zu kommen. Seine Zahlen kann er nicht zu Gunsten desselben verwenden. Er warnt davor, bei der Zusammenstellung die foudroyant verlaufenden Fälle aus der Serumstatistik wegzulassen. Man wird dadurch leicht zu Trugschlüssen verleitet.

P. HELLAT.

118) **Posatzki. Zur Diphtheritisfrage in St. Petersburg. (K woprosy o difterite w St. Peterburge.)** *Bolnitsch. Gaz. 1898.*

Vorläufige Mittheilung, in der P. darauf hinweist, dass die Epidemie von 1897 bereits 2 Jahre dauert und jetzt im Abnehmen begriffen ist. Die Resultate der Behandlung von jetzt und aus dem Culminationspunkte der Epidemie sind nicht mit einander vergleichbar, sie führen zu falschen Annahmen.

P. HELLAT.



119) **G. G. Thornton. Membranöser Croup und Intubation. (Membranous croup and intubation.)** *N. Y. Med. Record. 28. Mai 1898.*

Nichts Erwähnenswerthes.

LEFFERTS.

120) **Poliewktow** (Moskau). **Die Intubation beim Croup in der Privatpraxis.** *Arch. f. Kinderheilk. XXV. Bd. 3. 4. 1898.*

Drei von P. mitgetheilte Fälle zeigen, dass unter Heilserumbehandlung die Intubation auch in der Privatpraxis ausgeführt werden kann.

SEIFERT.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

121) **Vacher. Behandlung der Laryngitiden mit intralaryngealen Einstäubungen. (Traitement des laryngites par les pulverisations intra-laryngiennes.)** *Bull. et mem. d. l. soc. franç. de laryngol. Tom XIII. 1897.*

Beschreibung eines kalten Zerstäubers mit graduirter Pipette.

E. J. MOURE.

122) **Lubet-Barbon. Kehlkopfblutungen im Verlauf einer alkoholischen Cirrhose. (Hémorrhagies du larynx au cours d'une cirrhose alcoolique.)** *Arch. internat. de laryngol. etc. No. 4. Juli-August 1897.*

Der 40jährige Kranke, starker Potator, hatte am Gaumensegel und im Mundrachen Varicen und purpurartige Flecke. Im Larynx sah man flüssiges Blut und Gerinnsel. Beim Einführen eines Pinsels trat eine neue Blutung am Stimmband ein. Der Kranke litt an atrophischer Lebercirrhose.

E. J. MOURE.

123) **H. v. Schrötter** (Wien). **Demonstration eines Falles von Laryngocele interna.** K. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, Sitzung vom 21. Januar 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 4. 1898.*

Bei einem 8jährigen Knaben zeigte sich der Larynxeingang von einem blasenartigen Gebilde eingenommen, welches beim Inspirium verschwand. Es handelte sich um eine durch den exspiratorischen Luftstrom bedingte Aufblähung des Sinus Morgagni mit Dehnung und Vorbauchung seiner medialen Wand. Wiewohl anamnestisch nicht bestätigt, muss die Geschwulst doch als angeboren angesehen werden. Ueber die Operation wird seinerzeit berichtet werden.

CHIARI.

124) **L. Rethi** (Wien). **Zur Entstehung der Pachydermie des Kehlkopfes.** *Wien. med. Presse. No. 25. 1898.*

R. spricht von der an den Processus vocales vorkommenden Pachydermie und schliesst an den seinerzeit von ihm beschriebenen Fall, „indem er seine Beobachtung über die Entstehung der muldenförmigen Vertiefung auf den pachydermischen Wülsten der Proc. voc. angab", nunmehr seinen neuerdings beobachteten Fall an.

23jähriger Mann. Acute Laryngitis. Nach 4 Wochen Recidiv. Lineare Hyperaemie und leichte Schwellung mit Epithelabschilferung an den Proc. voc.

Nach 6 Wochen Recidiv. Die eben beschriebene Schwellung nimmt symmetrisch zu. Die Oberfläche dieser Wülste uneben, matt. 2 Jahre nach der ersten Attaque war das typische Bild einer Pachydermia diffusa vorhanden. Auch die Interarytaenoidfalte zeigte grau gekerbtes Epithel, jedoch keine Verdickung. Stimmstörung bedeutend. Nun trat Muldenbildung der Wülste auf, welche nach Ansicht des Verf.'s nur durch gegenseitigen Druck, d. h. Abschleifung zu Stande kommt. R. ist auch der Ansicht, dass die Pachydermie des Kehlkopfs dem chronischen Katarrh ihre Entstehung verdankt. Eine Behandlung der Pachydermie hält R. für überflüssig, da die Stimme auch ohne therapeutischen Eingriff sich mit der Zeit bessert.

CHIARI.

125) **H. Holbrock Curtis. Die Heilung der Sängerknötchen. (The cure of singers' nodules.)** *N. Y. Med. Journal. 8. Januar 1898.*

Ursache der Knötchen ist eine falsche Methode des Tonansatzes, bei der durch verkehrte Schwingungsvorgänge eine Reibung der Stimmbänder an einander stattfindet. Der schädliche Vorgang spielt sich hauptsächlich bei den Tönen der sogenannten oberen Mittellage ab; beim hohen Register kommt die Reibung nicht zu Stande. Dass die Sängerknötchen direct eine Folge der mechanischen Wirkung dieser gestörten Schwingungsprocesse sind und nicht etwa richtige Knoten im acustischen Sinne, ist durch die stroboscopischen Untersuchungen von Oertel, Koschlakoff und Simanowski ausser Zweifel gestellt worden. Man erkennt auch, wie die Veränderungen sich entwickeln, wenn man zurückgeht auf die ersten Anzeichen der unrichtigen Schwingungen. Man sieht nämlich lange bevor gewebliche Veränderungen an dem Stimmbande oder seiner Schleimhaut Platz greifen, Schleimklümpchen sich an gewissen Stellen der oberen Kante des Stimmbandes ansammeln. Wenn der Pat. das mittlere Register mit seinem falschen Toneinsatz (Coup de glotte) singt, so sieht man, wie der Schleim auf dem Stimmband das Centrum der Schwingungsfigur sucht und sich dort als kleines Kügelchen zusammenballt. Später erst fangen accidentelle Veränderungen an der Schleimhaut an aufzutreten, bis schliesslich bei fortdauerndem Gebrauch der falschen Methode die verdickten Stimmbänder aneinander reiben und als entzündliches Product ein organisirtes Knötchen, eine Neubildung entsteht.

Die Methode der Behandlung, die Curtis ausführlich beschreibt, besteht einfach in Stimmübungen: der Kranke muss den richtigen Toneinsatz erlernen. Nur eine musikalisch feingebildete, mit sehr scharfem Gehör ausgestattete Person kann diese Behandlung durchführen. Nur der Sänger wird überhaupt die Vorschriften, die C. in allen Einzelheiten giebt, ganz verstehen; dem einfachen Laryngologen erscheinen sie ziemlich complicirt. Der Zweck der Uebungen ist, dem Sänger durch eine richtigere Gesangsmethode andere Schwingungen seiner Stimmbänder anzugewöhnen und dies wird durch eine Veränderung der Klangfarbe oder der Obertöne erreicht.

C.'s Arbeit schliesst mit einem Bericht über 3 „brillant" geheilte Fälle. Die klinischen Angaben enthalten manche merkwürdige Angabe, wie die von einer „bekannten Primadonna, die ihm regelmässig zu jedem Neujahr einen Brief mit Ausdrücken wärmster Dankbarkeit sendet"; von einem anderen Pat., der ihn auf-

119) **G. G. Thornton. Membranöser Croup und Intubation. (Membranous croup and intubation.)** *N. Y. Med. Record. 28. Mai 1898.*

Nichts Erwähnenswerthes.

LEFFERTS.

120) **Poliewktow** (Moskau). **Die Intubation beim Croup in der Privatpraxis.** *Arch. f. Kinderheilk. XXV. Bd. 3. 4. 1898.*

Drei von P. mitgetheilte Fälle zeigen, dass unter Heilserumbehandlung die Intubation auch in der Privatpraxis ausgeführt werden kann.

SEIFERT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

121) **Vacher. Behandlung der Laryngitiden mit intralaryngealen Einstäubungen. (Traitement des laryngites par les pulverisations intra-laryngiennes.)** *Bull. et mem. d. l. soc. franç. de laryngol. Tom XIII. 1897.*

Beschreibung eines kalten Zerstäubers mit graduirter Pipette.

E. J. MOURE.

122) **Lubet-Barbon. Kehlkopfblutungen im Verlauf einer alkoholischen Cirrhose. (Hémorrhagies du larynx au cours d'une cirrhose alcoolique.)** *Arch. internat. de laryngol. etc. No. 4. Juli-August 1897.*

Der 40jährige Kranke, starker Potator, hatte am Gaumensegel und im Mundrachen Varicen und purpurartige Flecke. Im Larynx sah man flüssiges Blut und Gerinnsel. Beim Einführen eines Pinsels trat eine neue Blutung am Stimmband ein. Der Kranke litt an atrophischer Lebercirrhose.

E. J. MOURE.

123) **H. v. Schrötter** (Wien). **Demonstration eines Falles von Laryngocele interna.** K. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, Sitzung vom 21. Januar 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 4. 1898.*

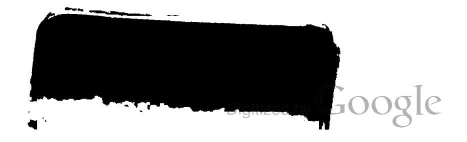
Bei einem 8jährigen Knaben zeigte sich der Larynxeingang von einem blasenartigen Gebilde eingenommen, welches beim Inspirium verschwand. Es handelte sich um eine durch den exspiratorischen Luftstrom bedingte Aufblähung des Sinus Morgagni mit Dehnung und Vorbauchung seiner medialen Wand. Wiewohl anamnestisch nicht bestätigt, muss die Geschwulst doch als angeboren angesehen werden. Ueber die Operation wird seinerzeit berichtet werden.

CHIARI.

124) **L. Rethi** (Wien). **Zur Entstehung der Pachydermie des Kehlkopfes.** *Wien. med. Presse. No. 25. 1898.*

R. spricht von der an den Processus vocales vorkommenden Pachydermie und schliesst an den seinerzeit von ihm beschriebenen Fall, „indem er seine Beobachtung über die Entstehung der muldenförmigen Vertiefung auf den pachydermischen Wülsten der Proc. voc. angab", nunmehr seinen neuerdings beobachteten Fall an.

23jähriger Mann. Acute Laryngitis. Nach 4 Wochen Recidiv. Lineare Hyperaemie und leichte Schwellung mit Epithelabschilferung an den Proc. voc.



Nach 6 Wochen Recidiv. Die eben beschriebene Schwellung nimmt symmetrisch zu. Die Oberfläche dieser Wülste uneben, matt. 2 Jahre nach der ersten Attaque war das typische Bild einer Pachydermia diffusa vorhanden. Auch die Interarytaenoidfalte zeigte grau gekerbtes Epithel, jedoch keine Verdickung. Stimmstörung bedeutend. Nun trat Muldenbildung der Wülste auf, welche nach Ansicht des Verf.'s nur durch gegenseitigen Druck, d. h. Abschleifung zu Stande kommt. R. ist auch der Ansicht, dass die Pachydermie des Kehlkopfs dem chronischen Katarrh ihre Entstehung verdankt. Eine Behandlung der Pachydermie hält R. für überflüssig, da die Stimme auch ohne therapeutischen Eingriff sich mit der Zeit bessert.

CHIARI.

125) **H. Holbrock Curtis. Die Heilung der Sängerknötchen. (The cure of singers' nodules.)** *N. Y. Med. Journal. 8. Januar 1898.*

Ursache der Knötchen ist eine falsche Methode des Tonansatzes, bei der durch verkehrte Schwingungsvorgänge eine Reibung der Stimmbänder an einander stattfindet. Der schädliche Vorgang spielt sich hauptsächlich bei den Tönen der sogenannten oberen Mittellage ab; beim hohen Register kommt die Reibung nicht zu Stande. Dass die Sängerknötchen direct eine Folge der mechanischen Wirkung dieser gestörten Schwingungsprocesse sind und nicht etwa richtige Knoten im acustischen Sinne, ist durch die stroboscopischen Untersuchungen von Oertel, Koschlakoff und Simanowski ausser Zweifel gestellt worden. Man erkennt auch, wie die Veränderungen sich entwickeln, wenn man zurückgeht auf die ersten Anzeichen der unrichtigen Schwingungen. Man sieht nämlich lange bevor gewebliche Veränderungen an dem Stimmbande oder seiner Schleimhaut Platz greifen, Schleimklümpchen sich an gewissen Stellen der oberen Kante des Stimmbandes ansammeln. Wenn der Pat. das mittlere Register mit seinem falschen Toneinsatz (Coup de glotte) singt, so sieht man, wie der Schleim auf dem Stimmband das Centrum der Schwingungsfigur sucht und sich dort als kleines Kügelchen zusammenballt. Später erst fangen accidentelle Veränderungen an der Schleimhaut an aufzutreten, bis schliesslich bei fortdauerndem Gebrauch der falschen Methode die verdickten Stimmbänder aneinander reiben und als entzündliches Product ein organisirtes Knötchen, eine Neubildung entsteht.

Die Methode der Behandlung, die Curtis ausführlich beschreibt, besteht einfach in Stimmübungen: der Kranke muss den richtigen Toneinsatz erlernen. Nur eine musikalisch feingebildete, mit sehr scharfem Gehör ausgestattete Person kann diese Behandlung durchführen. Nur der Sänger wird überhaupt die Vorschriften, die C. in allen Einzelheiten giebt, ganz verstehen; dem einfachen Laryngologen erscheinen sie ziemlich complicirt. Der Zweck der Uebungen ist, dem Sänger durch eine richtigere Gesangsmethode andere Schwingungen seiner Stimmbänder anzugewöhnen und dies wird durch eine Veränderung der Klangfarbe oder der Obertöne erreicht.

C.'s Arbeit schliesst mit einem Bericht über 3 „brillant" geheilte Fälle. Die klinischen Angaben enthalten manche merkwürdige Angabe, wie die von einer „bekannten Primadonna, die ihm regelmässig zu jedem Neujahr einen Brief mit Ausdrücken wärmster Dankbarkeit sendet"; von einem anderen Pat., der ihn auf-

suchte „auf die Empfehlung eines berühmten Tenors, der neben seiner Gesangskunst auch ein geschickter und erfahrener Laryngologe ist“ (man darf dem Herrn entschieden zu diesem Reichthum an Fähigkeiten Glück wünschen! Ref.). Der Pat. hatte die Absicht sich einer chirurgischen Operation zu unterwerfen; jeder andere Laryngologe hätte eine solche auch machen müssen; durch Curtis' Methode wurde sie gänzlich überflüssig. Weiter hören wir, dass C.'s Patienten auf seinen Rath „ihre eigenen Stimmbänder besichtigen, damit ihr Enthusiasmus während der Kur wach gehalten wird“ (ein neues Verfahren! Ref.) und schliesslich erfahren wir auch, dass Curtis „ganze Reihen ebenso gut geheilter Fälle mittheilen könnte“, wie die 3 erwähnten.

LEFFERTS.

126) **T. C. Railton. Multiple Papillome des Kehlkopfs bei kleinen Kindern behandelt allein durch die Tracheotomie. (Multiple papillomata of the larynx in young children treated by tracheotomy only.)** *Brit. Med. Journ. 19. Februar 1898.*

Bericht über 2 Fälle, im ersten wurde eine Hartgummi-Tube über $^1/_2$ Jahre, im zweiten 2 Jahre lang getragen.

ADOLPH BRONNER.

127) **Alexandrow. Die Behandlung der Papillome des Larynx bei Kindern vermittelst Tracheotomie. (Letschenije papillom gortani u detei tracheotomiei.)** *Dietskaja Medizina. No. 2. 1898.*

Mittheilung von 2 Fällen. In einem Falle nach 4jährigem, im anderen nach 7jährigem Tragen der Canüle keine Geschwulstmassen zu finden. Die Diagnose wurde ohne Laryngoskop gestellt.

P. HELLAT.

128) **Hopmann. Vorstellung eines wegen einer Wucherung des Kehlkopfeinganges durch Thyreofissur operirten Mädchens.** *Münchener med. Wochenschr. No. 25. 1898.*

Bei einem 16jährigen Mädchen, bei dem ein endolaryngealer Versuch zur Entfernung einer Geschwulst Asphyxie zur Folge hatte, so dass momentan tracheotomirt werden musste, wurde 14 Tage später thyreotomirt. Das durchschnittene linke Stimmband wurde vernäht und die Narbenstenose durch Schrötter'sche Röhren beseitigt.

SCHECH.

129) **F. Hanszel** (Wien). **Ein Fall von Sarcoma laryngis.** Aus dem Ambulatorium für Nasen- und Halskrankheiten des Prof. O. Chiari an der allgemein. Poliklinik in Wien. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 23. 1898.*

H. weist auf die Seltenheit der Laryngosarkome hin. Genaue Krankengeschichte und histologischer Befund. Es handelte sich um ein grosszelliges Spindelzellensarkom mit Riesenzellen.

CHIARI.

130) **Harmer** (Wien). **Ueber ein primäres Carcinom der Epiglottis und dessen operative Entfernung.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 14. 1898.*

65jährige Patientin zeigt bei der laryngoskopischen Untersuchung einen haselnussgrossen leicht blutenden Tumor, der breit am Epiglottisrande und an der rechten aryepiglottischen Falte aufsass und nur einen kleinen Theil der linken

Kehlkopfhälfte sehen liess. — Pharyngotomia subhyoidea, Exstirpation des Carcinoms mit Scheere und Messer bei herabhängendem Kopfe. Pharynx nach aussen gänzlich geschlossen. 5 Wochen post operationem wird Pat. aus dem Spitale entlassen. H. theilte den Fall besonders deswegen mit, weil diesmal von der präventiven Tracheotomie abgesehen wurde, ferner der Pharynx nach aussen vernäht wurde, wodurch die Ernährung nicht gestört war, weiter wegen der sehr empfehlenswerthen Schräglagerung nach Bardenheuer mit Rücksicht auf eventuelle Bronchitis.

CHIARI.

131) **Löwenstein. Mittheilungen über Kehlkopfcarcinom.** *Münchener medicin. Wochenschr. No. 3. 1898.*

Vorstellung eines Knaben, dem per thyreotomiam das linke carcinomatöse Stimmband herausgenommen und der Grund mit Paquelin geätzt worden war. Löwenstein sah unter 8500 Kranken noch weitere 5 Fälle und betrachtet die ätiologischen Momente für das Carcinom auch der Lues, besonders die nicht behandelte, und erwähnt einen Kranken, bei dem sich auf und neben der Lues Carcinom entwickelt hatte.

SCHECH.

132) **Jurasz. Endolaryngeal operirtes Carcinom des Kehlkopfes.** *Münch. med. Wochenschr. No. 27. 1898.*

Vorstellung der Kranken auf der 5. Versammlung südd. Laryngologen. Es wurden die vorderen Hälften beider Stimmbänder entfernt, welche sich narbig regenerirten, aber vorne miteinander verwachsen waren. Das Epitheliom, das sich am rechten Stimmband entwickelt hatte, führte durch Contact zu derselben Veränderung am linken Stimmbande. In der Discussion wurde bemerkt, dass öfters Verwachsungen und Regenerationen am Stimmband vorkommen, so dass schliesslich die Stimme beträchtlich besser wird: auch wurde von mehreren Rednern auf die Gefahr der Blutung hingewiesen.

SCHECH.

133) **E. L. Shurly. Ein Fall von Epitheliom des Kehlkopfs. Laryngectomie und partielle Pharyngectomie. Tod nach 11 Tagen durch Erschöpfung. (Case of epithelioma of the larynx. Laryngectomy and partial pharyngectomy. Death on the 11 day from exhaustion.)** *N. Y. Med. Journal. 16. Juli 1898.*

Eingehender Bericht über die Operation.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

134) **J. Pantaloni. 3 Fälle aus dem Gebiete der Kehlkopfchirurgie. (3 cas de chirurgie du larynx.)** *Arch. prov. de Chirurgie. September 1897.*

1. Ein Pflasterzellen-Epitheliom des rechten Stimmbandes, entfernt mittelst Thyreotomie nach vorhergehender Tracheotomie. Die Heilung dauert jetzt 18 Monate nach der Operation. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors bestätigte die Diagnose.

2. Ein Angiom des linken Stimmbandes bei einer 38jährigen Frau, ebenfalls mittelst Thyreotomie entfernt.

3. Ein Fall von Laryngocele bei einem 25jährigen Manne in Folge einer besonderen Anstrengung, mit Erfolg operirt.

A. CARTAZ.

135) **Meusel** (Gotha). **Eine totale Kehlkopfexstirpation.** *Corresp.-Bl. d. allgem. ärztl. Vereins v. Thüringen. 6. 1898.*

Bei einem 62jährigen Manne wurde 5 Wochen nach der Tracheotomie die Totalexstirpation des Kehlkopfes wegen Carcinom vorgenommen. In der ersten Zeit befand sich Pat. ganz wohl (die Trachea war nach vorne angenäht worden), aber am 8. Tage nach der Operation starb er an Herzschwäche. SEIFERT.

136) **Garré. Ueber Larynx- und Oesophagusexstirpation.** *Münchener medicin. Wochenschr. No. 18. 1898.*

Die grösste Gefahr für die an Larynxcarcinom Operirten ist die Schluckpneumonie. Man kann sie während der Operation durch die Tamponnade zwar verhüten, doch kann dieselbe nicht immer liegen bleiben. Um die Trachea sicher und dauernd gegen einfliessendes Secret zu schützen, schälte Garré in einem Falle den 1. Trachealring heraus und vernähte in doppelseitiger Etagennaht das nun schlaffe Trachealrohr unter Heranziehung des peritrachealen Gewebes. In einem anderen Falle verschloss G. den Pharynx. Sehr wichtig ist auch die horizontale Lagerung des Operirten mit nach rückwärts geneigtem Kopfe. Die Stückchendiagnose will G. durch Probeincision gewisser Gewebstheile durch die Thyreotomie ersetzt wissen. In einem dritten Falle von Oesophaguscarcinom, das die hintere Trachealwand und die Ringknorpelplatte ergriffen hatte, wurde mit Erfolg der ganze Kehlkopf exstirpirt, ferner die 5 obersten Trachealringe, sowie ein 5 cm langes Stück des Oesophagus. SCHECH.

137) **Saenger** (Magdeburg). **Grundzüge der Mechanik der Consonantbildung.** Festschr. z. Feier d. 50jährig. Bestehens d. Med. Gesellschaft zu Magdeburg.

S. sucht die auf dem Gebiet der Phonetik bestehenden irrigen Anschauungen und widersprechenden Ansichten klar zu stellen. So ist die Art der Verschlussaufhebung bei der Bildung der Explosivlaute (Verschlusslaute) als eine active, nicht als eine passive zu betrachten. Bei den Zitterlauten (Lippen-R, Zungenspitzen-R, Zäpfchen-R und Kehlkopf-R) dagegen ist die Verschlussaufhebung eine passive. An der Bildung von MN und Ń (Ng) sind die Nasenhöhlen und der Nasenrachenraum nur so weit betheiligt, als sie einen natürlichen Abzugscanal für den tönenden Exspirationsstrom darstellen (Nasenlaute), dagegen findet die den charakteristischen Klang bedingende Resonanz in der in bestimmter Weise vorn verschlossenen Mundhöhle statt. Ein nasaler Klang der Stimme kann nur durch die Resonanz der im Nasenrachenraum befindlichen Luft zu Stande kommen. Das nasale N der Franzosen ist kein Consonant, sondern weiter nichts als die nasale Färbung des Stimmklanges. Gleich MN und Ń ist auch L ein durch Resonanz im Ansatzrohr entstandener Laut, ein „Resonant". SEIFERT.

138) **Rosapelly. Neue Untersuchungen über die Rolle des Kehlkopfes bei den gedämpften und den sonoren Consonanten, bei lauter, Flüster- und Athemstimme. (Nouvelles recherches sur le rôle du larynx dans les consonnes sourdes et sonores — voix haute, voix chuchotée, voix respiratoire.)** *Arch. internat. de laryngol. etc. No. 5. September-October 1897.*

Die Glottis bewahrt in den verschiedenen Höhen der musikalischen Tonfolge

eine gleiche Beschaffenheit beim Hervorbringen der Vocale und der sonoren Consonanten, dagegen wird beim Anlauten der gedämpften Consonanten die Gestalt der Glottis verändert.

Im Gegensatz zu dem, was man bei der Athemstimme beobachtet, ist bei der Flüsterstimme das die Stimmbandschwingungen ersetzende Geräusch identisch bei den Vocalen und den sonoren Consonanten.

E. J. MOURE.

139) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Das R-Register. (Het R-Register.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. S. 966. 1898.*

Z. bespricht ausführlich den eigenthümlichen Charakter der Rasselconsonanten. Namentlich hat er das R. alveolare studirt und die Bewegungen des Condylus maxillae (im Gehörgang), der Lippe und des Mundbodens, sowie die Luft-Vibrationen dabei vielfach registrirt.

Bediente er sich anstatt der Flüsterstimme der lauten Sprache, so konnte er sowohl die Vibrationen des R, wie diejenigen des Glottistones registriren, und es stellte sich heraus, dass diese beiden Töne immer in einem harmonischen Verhältniss stehen. Der Stimmton ist 3, 4, ja 7—8mal höher wie der R-Ton. Hierbei ist der Stimmton als der primäre, der R-Ton als ein Unterton anzusehen. Lässt man den Stimmton glissando auf- oder abgehen, so folgt ihm der R-Ton. Wird bei gleichbleibender Tonhöhe, die Intensität der Stimme geändert, so ändert sich die Zahl der R-Vibrationen nicht; wohl aber beim Flüster-R, wo die Zungenspitze an einen Stimmton nicht gebunden ist. Ausser dem Stimmton und dem R-Ton hört man den dominirenden Ton des gesprochenen Vocales und es ist sehr wahrscheinlich, dass auch dieser Ton mit den beiden anderen harmonisch ist, dass er nämlich einen Oberton des Stimmtones wie das R einen Unterton desselben darstellt.

H. BURGER.

140) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Ueber die dominirenden Töne der Resonanten, nebst einigen Bemerkungen über die sogenannte todte Sprache der Adenoid-Kranken. (Over de domineerende tonen der resonantes, benevens eenige opmerkingen over de zoogenaamde doode spraak der adenoid-lijders.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 20. 1898.*

Mit Recht haben Helmholtz und Wolf die Resonanten m, n, ng, als tiefe Vocale betrachtet. Mit einigen tief intonirten u' s bilden dieselben den Bass-Theil der Scala unserer Sprachlaute. Z. hat sie mittels König'scher Flammenbilder analysirt, und durch Vergleich mit den Flammenbildern der Töne vom Urbantschitsch'schen Harmonium, ihre Tonhöhe bestimmt. Für die geflüsterten Resonanten fand er das n übereinstimmend mit c, ng gleichfalls mit c, m mit G. Nach Sänger ist die wesentlichste Resonanzhöhle für die Resonanten der Nasenrachenraum, wiewohl Z. hat feststellen können, dass Ausschaltung der Nasenhöhle einen gewissen Einfluss auf die Bildung der Resonanten ganz sicher ausübt. Keine andere Sprachlaute haben Resonanzhöhlen mit solchen starren, unbeweglichen Wandungen wie die Resonanten. Letztere müssen also die fixen Punkte sein, nach welchen in der Entwicklung der Sprache die übrigen Vocale geordnet sind. Ausfüllung des Nasenrachenraumes z. B. mit adenoiden Tumoren

ändert am bedeutendsten den Charakter der Resonanten. Die todte Sprache ist nicht nur durch die mangelhafte Bildung der Resonanten charakterisirt; sondern der Ausfall dieser der ganzen Vocalreihe als fixe Punkte dienenden Vocale muss auch zu Unsicherheit in der Articulation und weiteren Störungen Veranlassung geben.

H. BURGER.

141) **E. Maljutin. Die Bedeutung der Form des harten Gaumens als eines wichtigen Bestandtheiles des Resonators beim Singen. (Snatschenie formi twerdawo neba kak washnoi sostawnoi tschasti resonatora pri penii.)** Sonderabdruck der *Med. obosrenie. 1898.*

M. hat die Form des harten Gaumens bei 13 Sängerinnen in Gips abmodelliren lassen. Aus dem Verhältniss der Höhe desselben zur Krümmung will er für die Stimme wichtige Schlüsse abstrahiren. Je höher das Gewölbe des harten Gaumens, desto besser, leichter und dauerhafter die Stimme. M. glaubt nach der Gaumenbeschaffenheit im Verein mit laryngoskopischer Untersuchung im Stande zu sein, die Stimmlage zu bestimmen. Obgleich wir über die Resonanzverhältnisse noch im Ganzen wenig wissen, so dürfte doch diese Anschauung des Autors, dass er nach der Beschaffenheit des harten Gaumens über die Qualitäten der Stimme aburtheilen könne, zu optimistisch sein. Die Resonanz der Mundhöhle kommt erst in zweiter Linie in Betracht. Die wichtigere Rolle spielt die Pharynxhöhle, das Verhältniss des Kehlkopfes zu demselben und die Lage des Kehlkopfes.

P. HELLAT.

142) **Maria Ypes-Speet** (Amsterdam). **Etwas über Sprechen und Singen. (Iets over spreken en zingen.)** Amsterdam 1898.

Ein populäres aber sehr überzeugtes Plaidoyer für die von Frau Ypes-Speet seit Jahren gelehrte Sprechmethode, welche hauptsächlich darin besteht, die Patienten zu üben: 1. den Tonstrahl anstatt auf das Gaumensegel gegen den harten Gaumen zu richten; 2. für mehrere Consonanten (k, g, ch) den Articulationspunkt nach vorn zu verlegen; 3. mit reinem Abdominaltypus zu athmen. Hierdurch wird nicht nur die Stimme umfangreicher und schöner, sondern es wird auch bei Berufsrednern der Erkrankung der Halsorgane vorgebeugt, sowie bereits entwickelte, auf verkehrtes Sprechen zurückzuführende Halsleiden dauernd geheilt.

H. BURGER.

143) **Scheier** (Berlin). **Zur Anwendung der Röntgenstrahlen für die Physiologie des Gesanges.** *Allgem. med. Central-Zeitung. 37. 1898.*

Sch. zeigte, dass wir mit Hülfe der X-Strahlen im Stande sein werden, viele noch strittige Punkte über die Rolle des Zwerchfelles beim Singen, die früher mit den bisherigen Methoden gar nicht in Angriff genommen werden konnten, jetzt zur definitiven Erledigung zu bringen. So sind wir im Stande, die Frage der richtigen Athmung beim Singen, die zu Gunsten der Zwerchfellathmung lautet, direct physiologisch zu lösen.

SEIFERT.

144) **Goldenberg. Verhältniss zwischen dem Zustande des Kehlkopfes und dem Pfeifen. (Stosunek miadzy stanem krtani a gwizdaniem.)** *Medycyna. No. 14. 1898.*

Gestützt auf Beobachtungen in einigen Fällen von Kehlkopflähmung (Paresis

adductorum, Paralysis utriusque n. recurrentis) glaubt Verf., dass in pathologischen Processen des Kehlkopfes verbunden mit Alteration der Stimme auch eine Alteration im Acte des Pfeifens bestehe. A. v. SOKOLOWSKI.

145) **M. Saenger. Ueber die Entstehung des Näselns.** *Pflüger's Arch. LXVI. 1897.*

Die als „näselnd" bezeichnete Klangfarbe der Stimme kommt durch Resonanz der im Nasenrachenraum (nicht in der Nase) befindlichen Luft zu Stande; dabei ist erforderlich, dass das Eindringen der Schallwellen in die Mundhöhle (durch Hebung des Zungenrückens) verhindert ist. A. ROSENBERG.

146) **Liebmann** (Berlin). **Näseln.** *D. ärztliche Praxis. 3. 4. 1898.*

Die Rhinolalia clausa wird durch einen Fall, die Rhinolalia aperta durch eine grössere Anzahl von Fällen illustrirt, wobei L. der verschiedenen Ursachen und der Behandlung durch den Spracharzt gedenkt. SEIFERT.

147) **W. Posthumus Meyjes** (Amsterdam). **Sprechübungen bei der Behandlung des chronischen Larynxcatarrhs in Folge „verkehrten" Sprechens. (Spreekoefeningen bij de behandeling van den chronischen larynxcatarrh, ontstaan ten gevolge van „verkeerd" spreken.)** *Geneesk. Bladen. V. No. 2.*

Der auf dem Niederländischen Congress gehaltene und bereits referirte Vortrag, dem diesmal einige ausführliche Krankengeschichten angehängt sind. Es sind dies sämmtlich Fälle von schwereren Stimm- und Sprachstörungen bei Berufsrednern (Predigern, Lehrern) und Sängern, welche, nachdem sie jeder localen Behandlung getrotzt, durch methodische Sprech- und Athem-Uebungen vollständig beseitigt wurden, und sich nach mehreren Jahren nicht wieder gezeigt haben.

H. BURGER.

148) **Redact. Notiz. Gegen Rauhigkeit der Stimme. (For roughness of voice.)**

Rp. Morphin. muriat.
Cocain. hydrochlor. ana 0,005
Tct. Aconiti gtt. 2
Pulv. rad. Althaeae 0,15
Sacch. albi q. s.
M. f. tab. No. 1. (Tägl. 10 Stück z. n.) LEFFERTS.

149) **Liebmann** (Berlin). **Sigmatismus nasalis.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 12. 1898.*

In 2 Fällen von Sigmatismus nasalis (9jähr. Knabe und 18jähr. Fräulein) war auffallend, dass nur ss und s genäselt wurden, während das sch normal mit Mundstrom gebildet wurde, in einem anderen Falle (20jähr. Schlosser), dessen L. nur kurz Erwähnung thut, wurde hingegen nur das sch genäselt, während die eigentlichen S-Laute ganz normal waren. Die eigentliche Ursache des Sigmatismus nasalis besteht nur in einer Ungeschicklichkeit der Sprachorgane, die durch geeignete Behandlung behoben werden kann. SEIFERT.

150) **Liebmann** (Berlin). **Ueber das Stottern.** *Der Kinder-Arzt. 5. 1898.*

Deckt sich im Allgemeinen mit dem im Jahrgang 1897, S. 433, referirten Aufsatze.

SEIFERT.

151) **Feuilleton. Was ist Stottern?** *Wiener med. Blätter. No. 34.*

Historische Einleitung. Die jetzt übliche Eintheilung des Stotterns in Articulations-, Stimm- und Athmungsstottern hat eine gewisse Berechtigung. Recht ausführliche und interessante Arbeit.

CHIARI.

152) **Cramer** (Brandenburg). **Ueber hysterisches Stottern.** Dissert. Würzburg 1898.

Ein 44jähriger Mann, bei welchem eine Reihe von hysterischen Erscheinungen nachweisbar waren, stotterte in eigenthümlicher Weise. Es machte ihm, gleichgiltig ob das Wort mit einem Vokal oder Consonant beginnt, nur der Beginn des Wortes Schwierigkeiten und er wiederholte oft die Anfangssilben; in der Mitte des Wortes oder am Ende wurden Wiederholungen von Buchstaben oder Silben niemals beobachtet, ebensowenig bestanden irgend welche Zuckungen im Gesicht oder in anderen Muskelgruppen.

SEIFERT.

153) **Derevoge. Das Stottern und seine practische Behandlung. (Du begaiement et de son traitement pratique.)** *Thèse de Bordeaux. 1898.*

Verf., der 5 Fälle auf der Abtheilung von Prof. Pitres beobachtet hat, bespricht die Behandlungsmethoden von Guillaume, Chervin und Wyllie. Er kommt zu dem Schluss, dass es keine einheitliche Art der Behandlung für Stotterer giebt, sondern dass jeder Fall gesondert studirt und behandelt werden muss. Die Therapie hat vor allem die accessorischen Symptome zu bekämpfen, welche das Stottern einleiten, unterhalten und gelegentlich auch vortäuschen.

E. J. MOURE.

154) **Westergaard** (Kopenhagen). **Von der Häufigkeit der Sprachgebrechen.** *Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. Januar 1898.*

Unter 34,000 Kindern in den Volksschulen Kopenhagens (17,347 Knaben, 16,653 Mädchen) hatten Sprachfehler 426 Knaben und 323 Mädchen, also 2,5 pCt. der Knaben, 1,9 pCt. der Mädchen, insgesammt für beide Geschlechter 2,2 pCt. Am häufigsten fand sich geschlossenes Näseln (289), darauf folgt Stottern (207), dann Stammeln (162), Lispeln (104), während offenes Näseln (28) und andere Sprachfehler (4) seltener waren.

SEIFERT.

f. Schilddrüse.

155) **Brian. Anatomische und physiologische Untersuchungen über die Innervation der Schilddrüse. (Recherches anatomiques et physiologiques sur l'innervation du corps thyroide.)** *Thèse de Lyon. 1897.*

Die Schilddrüsennerven kommen hauptsächlich vom Halssympathicus (zweiter Herznerv und mittleres Ganglion) und bilden ein Geflecht um die Arterien. Einige Fäden kommen von den Kehlkopfnerven.

Im Innern der Drüse sind auseinanderzuhalten Gefässnerven, die der gewöhnlichen Vertheilung folgen, und glanduläre Nerven. Die letzteren umspinnen die Drüsenacini; ihre äussersten Verzweigungen gelangen bis an die äussere Fläche des Epithels. Ganglionäre Nervenzellen existiren im Innern der Drüse nicht.

Reizungen der Halsnerven lassen eine Veränderung in dem Zustand der Drüsenzellen nicht erkennen. Nur der Sympathicus erzeugt vasomotorische Effecte; nach Sympathicusdurchschneidung und nach Intoxication mit Pilocarpin ist die Drüse an der Seite der Verletzung stärker und intensiver gefärbt. A. CARTAZ.

156) **G. Moussu. Die Function der Thyreoidea. Experimenteller Cretinismus bei der Katze, beim Hunde und bei Vögeln. (Fonction thyroïdienne. Crétinisme expérimental chez le chat, le chien et les oiseaux.)** *Société de Biolog. 23. Januar 1897.*

Verf. erinnert an seine früheren Versuche, aus denen hervorgeht, dass bei erwachsenen Thieren die Exstirpation der Schilddrüse ohne ersichtliche Folgeerscheinungen verläuft. Exstirpirt man mit der Schilddrüse aber gleichzeitig die Nebenschilddrüsen bei Hunden oder neugeborenen Katzen, so überleben die Thiere zwar, werden aber cretinistisch. Die Hunde bieten die myxoedematöse Form des Cretinismus dar, die Katzen die atrophische.

Das gleiche Resultat erhält man bei Vögeln, wenn man junge Thiere, die unter 3 Monate alt sind, operirt.

M. schliesst hieraus, dass die Function der Thyreoidea mit dem Wachsthum des Organismus in Verbindung steht. PAUL RAUGÉ.

157) **G. Moussu. Die Parathyroid-Function. (Fonction parathyroïdienne.)** *Soc. de Biologie. 16. Januar 1897.*

M. berichtet über zahlreiche Versuche, aus denen hervorgeht, dass die thyroiden und die parathyroiden Gewebe zwei verschiedene Functionen ausüben. Die Ausschaltung der Thyroid-Function hat nur chronische Störungen zur Folge, die der Parathyroid-Function acute.

M. hat bei 55 Fleischfressern die Parathyroiddrüsen exstirpirt. 32 starben unter acuten Erscheinungen. Bei den 23 Ueberlebenden liess sich erweisen, dass die Operation unvollständig war. PAUL RAUGÉ.

158) **Alfred Exner. Kehlkopfnerven und die Functionen der Thyreoidea.** Aus dem physiol. Institut der Universität Wien. — *Pflüger's Arch. LXVII. 1897.*

Nach einseitiger Exstirpation der Thyreoidea und Durchschneidung der Nn. laryng. sup. et inf. der anderen Seite tritt bei Katzen Tetanie auf, die am stärksten ist, wenn beide Eingriffe gleichzeitig vorgenommen werden; sie stellt sich aber auch noch ein, wenn zwischen ihnen geraume Zeit verflossen ist; es handelt sich also nicht um Reizzustände der Schilddrüse. Weitere Versuche machten es wahrscheinlich, dass in der Versorgung der Schilddrüse mit Nerven individuelle Verschiedenheiten vorkommen, so dass bald der N. laryng. sup., bald der N. lar. inf. den überwiegenden Einfluss ausübt. Die Drüsen der operirten Katzen ent-

hielten etwas mehr Jod als die normalen; bei anderen Thieren zeigte sich nach der Operation keine Veränderung im Jodgehalt. A. ROSENBERG.

159) **B. Schöndorff. Ueber den Einfluss der Schilddrüse auf den Stoffwechsel.** Aus dem physiol. Institut in Bonn. — *Pflüger's Arch. LXVII. 1897.*

Sch.'s Versuche ergaben, dass die Fütterung mit Schilddrüse eine bedeutende Steigerung des Stoffwechsels bewirkt. Zunächst hat sie keinen Einfluss auf den Eiweissstoffwechsel, das gesteigerte Bedürfniss wird Anfangs durch Verbrauch des vorhandenen Körperfettes gedeckt; ist dieses auf ein gewisses Minimum gesunken, dann wird auch das Eiweiss angegriffen.

Nach dem Aussetzen der Schilddrüsenfütterung kehrt alles zur Norm zurück; eine erneute Darreichung der Schilddrüse bewirkt dann keine Steigerung der Stickstoffausscheidung. Ebenso wie beim Menschen die Menstruation, verursacht beim Hunde die Brunst eine Herabsetzung des Eiweissstoffwechsels.

A. ROSENBERG.

160) **Edm. Wormser. Experimentelle Beiträge zur Schilddrüsenfrage.** Aus dem Laboratorium der chir. Klinik von Prof. Kocher in Bonn. — *Pflüger's Archiv. LXVII. 1897.*

W. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu der Ansicht, dass die Schilddrüse die Aufgabe hat, einmal gewisse im Blute circulirende giftige Stoffwechselproducte in sich zurückzuhalten und dann aus dem Kreislaufe verschiedene Substanzen, unter anderen das Jod aufzustapeln und zur Neutralisation der vorhandenen Giftstoffe zu verwenden. Näheres s. Original. A. ROSENBERG.

161) **R. Maresch** (Prag). **Congenitaler Defect der Schilddrüse bei einem 11jähr. Mädchen mit vorhandenen „Epithelkörperchen".** *Prager Zeitschr. f. Heilkund. XIX. Bd. IV. Heft.*

Im beschriebenen Falle bestand durch 11 Jahre ein congenitaler vollständiger Defect der Schilddrüse. Im Zusammenhange mit diesem Defecte hat sich eine schwere Allgemeinerkrankung, die Cachexie pachydermique, eingestellt. Verf. kann nach seinen diesbezüglichen, eingehenden Untersuchungen nur jenen Autoren beipflichten, welche die äusseren Epithelkörperchen für constante, rudimentäre Organe halten, die in gar keinem eventuellen Zusammenhange mit der Schilddrüse stehen. CHIARI.

162) **R. Jaeger. Ueber Strumametastasen.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. Heft 3. 1897.*

J. hat aus der Litteratur mehrere Fälle von Metastasen maligner Strumen zusammengestellt, in denen sich Schilddrüsengewebe vorfand; und andere, bei denen die Metastasen scheinbar benigner Strumen Carcinomgewebe enthalten. Weiter handelt es sich um Fälle, bei denen es fraglich erscheint, ob die Struma benigner oder maligner Natur war, oder ob die Metastasen neben Kropf- auch Krebsgewebe enthalten haben. Schliesslich erwähnt er die Fälle, in denen die Metastasen benigner Strumen kein Krebsgewebe erkennen liessen. Einen derartigen

Fall aus der Krönlein'schen Klinik beschreibt J.; es handelte sich um eine benigne strumöse Lendenwirbelsäulenmetastase.

Am häufigsten sind die Knochen- und Lungenmetastasen; erstere wachsen sehr langsam. Das weibliche Geschlecht ist procentualiter viel stärker betheiligt.

A. ROSENBERG.

163) **Holzmann** (Ostrowo). **Ein Fall von Struma cystica ossea mit Fistelbildung.** Dissert. Würzburg 1896.

Bei einer 46jährigen Bauersfrau wurde eine Struma cyst. op., die ohne nachweisbare Ursache theilweise vereitert war und nach aussen einen Durchbruch gegeben hatte, von Schönborn mit bestem Erfolge operirt. SEIFERT.

164) **Heizo Inowe** (Osaka-Japan). **Ein Fall von Morbus Basedowii durch die partielle Exstirpation der Thyreoidea geheilt.** *Tokio Isischinschi. November 1897.*

Verf. konnte bei einem Patienten, der seit 5 Jahren an Herzpalpitationen, Exophthalmus und Struma litt, 5 Wochen nach Exstirpation der rechten Schilddrüsenhälfte das Fehlen obiger Symptome constatiren. OKADA.

g. Oesophagus.

165) **J. Schaffer** (Wien). **Epithel und Drüsen der Speiseröhre.** K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 22. 1898.*

Rein histologische Arbeit. CHIARI.

166) **Rosenfeld** (Breslau). **Zur Diagnostik des Oesophagusdivertikels.** *Centralblatt f. innere Medicin. 29. 1898.*

Bei der bioskopischen Aufnahme benutzte R. eine unten offene Schlundsonde, durch welche ein dünnes Gummirohr geführt war, welches am Ende eine ca. 10 cm lange Blase aus Condomgummi trug. Die Condomblase wurde über die Sonde doppelt gelegt heraufgezogen eingeführt, dann mit der Spritze Luft eingeblasen. Dabei hob sich von dem schwarzen Hintergrunde des Herzschattens die helle Luftblase trefflich ab und man konnte durch Emporziehen der Sonde die Stelle gut erkennen, wo der aufgeblasene Ballon an die vordere normale Oesophaguswand anstiess. SEIFERT.

167) **Ebstein** (Wien). **Verätzung des Oesophagus mit Aetzlauge.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 27. Mai 1898. — *Wien. klin. Wochenschrift. No. 22. 1898.*

3jähriges Mädchen. Nicht einmal die dünnste Saite konnte durchgeführt werden. Trotz des zarten Alters wurde mit angepasstem Instrumentarium die Endoskopie der Speiseröhre ausgeführt. Erweiterung der Strictur mit Laminariastiften. CHIARI.

168) **Lannois. Syphilitische Verengerung der oberen Partie des Oesophagus; Behandlung mit der Jaboulay'schen Sonde. (Retrécissement syphilitique de la**

partie supérieure de l'oesophage. Traitement par la sonde de Jaboulay.) *Bull. et mem. d. l. Soc. franç. de laryngol. Tom. XIII. 1897.*

Die initiale Affection liegt 4 Jahre zurück. Die Verengerung sitzt an der Vereinigung des Rachens und des Oesophagus. Verf. dilatirte sie zum ersten Male mit einer Röhre, die einen mit Luft aufzublasenden Ballon enthielt, ähnlich der Trendelenburg'schen Canüle.

E. J. MOURE.

169) **Ino H. Larkin. Carcinom des Oesophagus auf die Trachea und die Vena subclavia übergreifend. (Carcinoma of the oesophagus with involvement of the trachea and subclavia vein.)** *N. Y. Med. Record. 21. Mai 1898.*

Bemerkenswerth sind an L.'s Fall 1. die Kleinheit der primären Geschwulst am Oesophagus und ihre grosse Ausdehnung rund um die Trachea; 2. das Ergreifen der Vena subclavia durch directes Fortwuchern der Geschwulst, wodurch die Möglichkeit der Ausstreuung von Metastasen auf der Blutbahn gegeben ist; 3. der geringe Symptomenbefund intra vitam im Vergleich zu der Schwere des Sectionsbefundes und 4. die Thatsache des plötzlichen Todes durch mechanisch erzeugte Asphyxie.

LEFFERTS.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Handbuch der Laryngologie und Rhinologie** herausgegeben von **P. Heymann.** Wien 1896/98. Alfred Hölder. (Fortsetzung.)

Ph. Schech: Allgemeine Aetiologie der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Ph. Schech: Symptomenlehre der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.

E. Bloch: Allgemeine Semiotik der Rachenkrankheiten.

E. Bloch: Allgemeine Semiotik der Nasenkrankheiten.

M. Hajek: Eiterung und Ulceration in der Nase. Differentielle Diagnostik derselben.

C. Stoerk: Allgemeine Therapie. Arzneimittel- und Operationslehre (der Kehlkopfkrankheiten).

E. Bloch: Allgemeine Therapie der Rachenkrankheiten.

E. Bloch: Allgemeine Therapie der Nasenkrankheiten.

Mit Freude begrüssen wir das kleine aber gediegene Kapitel über die Allgemeine Aetiologie der Krankheiten des Kehlkopfes. (Warum nicht auch des Rachens und der Nase?) Unsere Klassiker hatten an erster Stelle für die mit dem neuerfundenen Kehlkopfspiegel errungenen Ergebnisse ein offenes Auge und man wird in ihren Handbüchern ein Hauptstück über die allgemeine Aetiologie vergeblich suchen. Die Schech'sche Bearbeitung schildert in grossen Zügen den Einfluss der äusseren Luft mit ihren thermischen, chemischen,

mechanischen Schädlichkeiten, die Gefahren unzweckmässiger Lebensweise, sowie die verschiedenen Wege, auf welche von anderen Organen aus, oder bei allgemeinen Leiden im Kehlkopf Erkrankungen erzeugt werden. Unter diesen ist der seltnere Weg durch die Luftröhre nach oben, der z. B. bei der Tuberculose nicht ohne Bedeutung ist, wohl unabsichtlich unerwähnt geblieben. Der für unser Thema so wichtige und „immer noch nicht ganz durchsichtige“ Vorgang bei der Erkältung erklärt sich nach Verf. am besten aus der Reflextheorie. Ref. hätte in diesem Zusammenhang gern der Autoinfection eine Rolle zugeschrieben gesehen. Ueberhaupt dürfte es ein wenig unmodern scheinen, dass in dieser ganzen Bearbeitung die niederen Organismen als Krankheitserreger mit keiner Silbe erwähnt worden sind.

Auch wäre in diesem grossen Handbuche ein eignes Kapitel über die Flora der oberen Luftwege wohl am Platze gewesen.

Die Symptomenlehre der Kehlkopfkrankheiten ist in erschöpfender Weise behandelt worden. Den „allgemeinen Störungen“, denen der Schmerz und sonstige abnorme Empfindungen angehängt sind, folgen drei schöne Kapitel: über die Veränderungen der Stimme, die Störungen der Athmung und den Husten. Besonders lesenswerth ist letztgenanntes Capitel, welches die engen Grenzen des Kehlkopfhustens in dankenswerther Weise nach jeder Richtung überschreitet. Die Resultate der auf Anregung Fr. Nasse's unternommenen, grundlegenden Krimer'schen Untersuchungen über die Ursachen des Hustens sind ausführlich wiedergegeben und die vielen Körpertheile, von welchen Husten erregt werden kann, mit voller Berücksichtigung der Literatur erörtert worden. Die Arbeit schliesst mit einem Abschnitt über den Auswurf incl. Blutung und wird die allgemeine Regel aufgestellt, „dass grössere, den Inhalt eines Theelöffels übersteigende Blutmengen, ohne vorausgegangene operative Eingriffe nicht aus dem Kehlkopfe oder der Luftröhre, sondern aus der Lunge stammen“.

Die beiden Bloch'schen Arbeiten über die Semiotik der Rachen- und der Nasenkrankheiten verbinden in glücklicher Weise Knappheit und Vollständigkeit. Der Reihe nach bespricht Verf. die Veränderungen der Secretion, der Sensibilität und der Motilität des Rachens, sodann unter den secundären Symptomen von Pharynxkrankheiten zuerst die Alterationen des Geruchs und des Geschmackes. Die Schilderung der secundären Gehörstörungen in ihrer fortschreitenden Entwicklung ist eine ganz gelungene. Auch sind die verschiedenen, in Folge von Nasen- und Rachenaffectionen entstehenden Abarten der Sprache hier viel schärfer wie in den meisten Handbüchern definirt worden. Uns fehlt noch eine genaue acustische Analyse der nasalen Stimme; sie habe von der Bestimmung und Vergleichung der Obertöne auszugehen. Ausführlich wird die Entstehung des Stotterns auf Grund der verschiedenen Mandelhyperplasien besprochen. Am längsten verweilen wir bei den Störungen der Athmung. Mit gutem Rechte beruft sich in diesem Abschnitt der Verf. wiederholt auf seine ausgezeichnete Monographie über die Mundathmung aus dem Jahre 1889. Sowohl für die Diphtherie, wie für den Keuchhusten betrachtet er die Mundathmung als ein wesentlich prädisponirendes Moment. Den Zusammenhang zwischen Asthma und Mundathmung erklärt Verf. in einfach mechanischer Weise und bilden die nächtlichen

Respirationsstörungen der Mundathmer die Frühformen des nasalen Asthma. Hervorzuheben ist der Abschnitt über den Foetor der oberen Luftwege. Ref. ist unglücklicher als der Verf. gewesen, welcher einen Foetor aus galvanokaustischen Brandschorfen in der Nase niemals wahrgenommen hat. Specielle Abschnitte sind den secundären Störungen des Sehorgans und den bei Nasenleiden vorkommenden Störungen der geistigen Thätigkeit gewidmet. Zur Erklärung der nasalen Aprosexie neigt Verf. mehr der Zarniko'schen Anschauung, nach welcher die Aprosexie eine durch die Nasenbeschwerden unterhaltene Neurasthenie ist, als der Guye'schen Lymphstauungshypothese zu.

Warum die Eiterung und Ulceration in der Nase von der Allgemeinen Semiotik getrennt und in einem abgesonderten Capitelchen von 14 Seiten von einem andern Autor besprochen worden sind, ist Ref. durchaus nicht klar, um so weniger, weil alles hier Gesagte im speciellen Theil des Buches eine andermalige eingehende Besprechung erhalten muss. Diese Bemerkung trifft selbstverständlich nicht den Bearbeiter dieser Seiten, welcher seine Aufgabe in verdienstlicher Weise gelöst hat. Namentlich ist die differentielle Diagnostik der traumatischen, tuberculösen und syphilitischen Ulcerationen hervorzuheben.

Der durchaus persönliche Character des Stoerk'schen Aufsatzes über die allgemeine Therapie der Kehlkopfkrankheiten verleiht demselben einen besonderen Reiz. In lebendiger Weise schildert er uns, wie der Glaube, dass ein endolaryngealer Eingriff Glottiskrampf und Erstickungstod herbeiführen müsse, den Feuereifer der ersten Laryngoskopiker lähmte und welches Wagniss es war, als er es unternahm, ein Geschwür der Regio arytaenoidea mit Lapis zu ätzen. Interessant ist die Aenderung, welche die Einführung des Cocain in die endolaryngeale Operationstechnik verursachte, weil ja vordem bei der Operation auf das reactive Aneinanderpressen der Stimmbänder gerechnet war.

Sehr richtig scheinen Ref. die Auseinandersetzungen des Verf. über die klimatische Therapie, ein Gegenstand, der noch gar nicht erschöpfend studirt ist. Die günstig veränderte Lebensweise betrachtet Verf. bei den Klimacuren als den eigentlichen Heilfactor. Auch die Hydrotherapie, Bäder- und Trinkcuren und die Application feuchter Wärme werden eingehend besprochen.

Wenn Ref. somit die Lectüre dieser ganzen Arbeit wärmstens empfiehlt, so kann er nicht umhin festzustellen, dass die subjective Auffassung des Stoffes den Anforderungen eines grossen repräsentativen Handbuches nicht völlig entsprechen dürfte. Viele bedeutende Sachen (z. B. die ganze Dilatationsbehandlung, die Intubation, die Massage, sämmtliche äussere Operationen am Kehlkopfe) sind nicht einmal genannt, andere gar zu kurz abgehandelt worden. Es steht denn auch das von E. Littaur, „auf den Wunsch des Herrn Prof. Stoerk, unabhängig von der vorstehenden Arbeit“ angefertigte, verdienstvolle, fast 600 Titel zählende Literaturverzeichniss zu der Arbeit selbst in gar keinem Verhältniss.

Wenn auch in den Capiteln der allgemeinen Therapie der Rachen- und der Nasenkrankheiten nichts Wesentliches übergangen worden ist, so kann denselben dennoch eine zu grosse Breite sicher nicht vorgeworfen werden. Namentlich dürfte die „Allgemeinbehandlung“ nicht jeden Wissbegierigen befriedigen. Mit Recht hebt Verf. die Bedeutung der Zahnpflege für die Prophylaxe

der Pharynxkrankheiten hervor. Nachdrücklich befürwortet er das nicht allgemein genug gewürdigte Ausspritzen des Rachens, welches nach seinen Erfahrungen bei allen Inhalationsinfectionen, namentlich bei der Pharynx-Diphtherie von vortrefflicher Wirkung auf den Verlauf und den Ausgang vieler Fälle ist. Weniger günstig ist sein Urtheil über die Vibrationsmassage, deren therapeutischer Werth ihm noch fraglich erscheint. Im Abschnitt der Prothesen betont er, dass alle Respiratoren, welche nicht die Nasenathmung zur Voraussetzung haben, zu verwerfen sind, und dass die Indication für diese Apparate dann gegeben ist, wenn der vorher verstopfte Nasenluftweg frei gemacht und dann als Gewohnheit die Mundathmung zurückgeblieben ist. Mit Vorliebe bespricht Verf. die electrischen (galvanokaustische und electrolytische) Behandlungsmethoden.

Amsterdam, October 1898. H. Burger.

---

b) Sitzungsberichte der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte.

V. Sitzung vom 15. October 1897.

Vorsitzender: v. Navratil.
Secretär: Polyák.

1. v. Navratil: Deviation und Spina der Nasenscheidewand.

Pat., ein 17jähriger Buchhalter, hat schon seit seiner Jugend eine schiefe Nase und links keine Luft. Seit 3—4 Jahren links totale Verstopfung. Die Deviation des Patienten wurde in Wien 2mal, das erste mal galvanokaustisch, das zweitemal mittelst der Säge operirt. Die Anfangs gebesserte Lagerung des Septums verkrümmte sich baldigst wieder nach der Operation. Nase schief, der knöcherne Theil ist nach links, der knorpelige nach rechts verbogen. Der linke Nasengang wird 5 mm weit vom Introitus durch die halbkugelige Vorwölbung der Scheidewand, welche hier die untere Muschel vollkommen bedeckt, gänzlich versperrt. Rechter Nasengang entsprechend erweitert. Choanen frei. Chronischer Rachen- und Kehlkopfcatarrh. Pat. schläft bei offenem Munde.

Operation am 5. October in Chloroformnarkose. Die linke Nasenhöhle wird durch einen bis zum Nasenbein reichenden paramedianen Schnitt mit der Scheere eröffnet; es zeigt sich nun, dass die Scheidewand nicht nur verbogen ist, sondern dass noch am hinteren Winkel der Cartilago quadrangularis eine horizontal gelagerte, scharfkantige, hartknorpelige, mächtige Leiste besteht, welche die äussere Wand berührt. Schleimhaut und Perichondrium werden abpräparirt, die Leiste mit einem elliptisch geführten Schnitte in horizontaler Richtung, die verbogene Scheidenwand aber mit senkrechter Schnittführung resecirt. Tamponnade. Vernähen der Wunde. Heilung per primam. Entfernung der Nähte und Tamponwechsel am 7. October. Die linke Nasenhälfte ist nun total luftdurchgängig. Die Nasenscheidewand vollkommen normal. Patient schläft mit geschlossenem Munde.

Rachen- und Kehlkopfcatarrh in Rückbildung. Vortragender ist der Meinung, dass so complicirte Fälle mit hochgelagerter Leiste und unterhalb liegender grosser Deviation auf rhinochirurgischem äusserem Wege erfolgreich resecirt werden können.

2. v. Navratil: Grosser Kehlkopfpolyp.

Der 48 Jahre alte Taglöhner ist seit 3 Jahren heiser. Die zunehmende Heiserkeit hat sich letzterer Zeit mit Erstickungsanfällen complicirt.

Unter der vorderen Commissur ist eine beinahe pflaumengrosse, doppellappige, blass-grauröthliche, an der Spitze etwas belegte, breitgestielte Geschwulst sichtbar, welche sich bei der Exspiration über das rechte Stimmband erhebt, bei der Inspiration in die Rima glottidis aspirirt wird. Die Stimme ist heiser, die Athmung momentan frei. Die Stimmbänder injicirt, ihre Beweglichkeit normal.

Es handelt sich in diesem Falle um einen selten grossen, benignen Polypen. Ob Fibrom, ob Schleimhautpolyp, lässt sich momentan nicht feststellen. Die Entfernung ist nach der Ansicht des Vortragenden bei einem so mächtigen Tumor nur durch Laryngofissur möglich vorzunehmen.

In der Discussion stimmt Baumgarten sowohl bezüglich der Diagnose, als auch der Operation der Meinung des Vortragenden bei. Polyák meint, es könne sich auch um eine Tuberculose oder auch um eine maligne Geschwulst handeln. Dieser Ansicht widersprechen Paunz, Zwillinger. v. Navratil betont nochmals, dass es sich nur um eine benigne Geschwulst handeln kann, deren genaue histologische Beschaffenheit nach der Entfernung festgestellt werden wird.

3. Baumgarten: Siebbeinzellenempyem mit Orbitalabscess.

Die 12jährige Patientin litt vor zwei Jahren an Scharlach. Seit einem Jahre besteht eine schmerzhafte Hervorwölbung im linken vorderen oberen Augenwinkel. Darüber ist die Haut geröthet. Die bohnengrosse Geschwulst fluctuirt. In der linken Nasenhöhle sieht man das vordere Ende der mittleren Muschel mit normaler Schleimhaut bedeckt, jedoch den Knochen blasig aufgetrieben. Nach Eröffnung des Knochenabscesses konnte man mit der Sonde in eine mit Eiter und Granulationen gefüllte Höhle gelangen. Als man nun auf die Orbitalgeschwulst drückte, verschwand diese langsam und der Eiter entleerte sich durch die Höhle in die Nase. Die Höhle wird offen gehalten und entleert nach 3 Monaten nur mehr wenig Secret. Nebenhöhlen-Empyeme kommen im Kindesalter nicht sehr häufig vor, werden aber nach Scharlach, Influenza öfter beobachtet.

4. Polyák: Septumresection.

P. demonstrirt ein Präparat, welches von einer mit Leistenbildung complicirten Septumdeviation stammt. Das Knorpelstück wurde mit der Säge entfernt und ist $2^1/_2$ cm lang und 1 cm hoch.

5. Fuchs: Pemphigus vulgaris mucosae nasi, oris, pharyngis, laryngis, genitalium cutisque.

Patientin, 47 Jahre alt, verheirathet. Mutter von 3 Kindern, von welchen

eines an Tuberculose starb, die anderen schwächlich. Vor 20 Jahren abortirte sie 2mal. Lues nicht nachweisbar. Jetziges Leiden begann vor 4 Monaten ohne Fieber mit Mund- und Rachenschwellungen, Sprach- und Schlingbeschwerden. Später gesellten sich Heiserkeit und Erstickungsanfälle hinzu. Bald darauf zeigten sich Blasen-Ausschläge beiderseits unter der Brust- und der Lumbalgegend; später eine grosse Blase oberhalb des rechten Ellbogengelenkes.

Die Frau ist anämisch, herabgekommen. Lungen und Herz normal. Die Nasenschleimhaut geröthet, am Nasenflügel exocriirt und leicht blutend. Die Excoriationen fliessen in einander, doch sieht man hie und da auch linsengrosse Excoriationen. Auf der unteren Lippe je eine längliche, bohnengrosse, über das Niveau mit 3 mm prominirende, graulich-weisse Blase. Blasendecke nicht prall gefüllt. Das Zahnfleisch geröthet, geschwollen. Zunge stark belegt und an den Rändern linsen- bis erbsengrosse, scharf abgegrenzte Excoriationen.

Die Basis der Excoriationen bildet das stark geröthete Corium. An der Wangenschleimhaut sind die Abdrücke der Zähne gut sichtbar, auf einigen Stellen excoriirt. Die Gaumenbögen und Uvula geschwollen, blutroth gefärbt, am harten Gaumen neben einander gereihte hirsekorngrosse, scharf abgegrenzte Blasen mit wasserreinem, durchsichtigem Inhalte. Der Mund verbreitet einen penetranten Geruch. Am Kehldeckel ähnliche Blasen, doch mit graulich getrübtem Inhalte. Dieselben Veränderungen an den Aryknorpeln. Stimmlippen etwas geschwollen und geröthet.

Unter der Mamma beiderseits, entsprechend der Furche, welche durch die Mamma und den Brustkorb gebildet wird, hand- bis tellergrosses, scharf abgegrenztes excoriirtes, rothes Feld, an den Rändern mit neugebildeter Epidermis. In der Lumbalgegend beiderseits stark disseminirte bohnen- bis taubeneigrosse Excoriationen, am Rande derselben die Fetzen der geplatzten Blasen. Oberhalb des rechten Ellbogengelenkes eine $2^1/_2$ cm breite, runde $3^1/_2$ mm über das Niveau hervorragende Blase mit grauer Decke.

Um die Genitalien und Anus theils schon geplatzte, theils noch ganze mohnkorn- bis linsengrosse glänzende Blasen, deren Inhalt gelbliches, wenig getrübtes Serum bildet. Die Basis der geplatzten Bläschen bildet das Corium. Der Process erstreckt sich auch auf die kleinen Schamlippen, Introitus vaginae frei.

Urin von 24 Stunden 300 ccm, specifisches Gewicht 1015, sauere Reaction, ohne Zucker und Eiweiss. Nach einer Sedimentirung 1—2 Blasenepithelien.

In Folge der Schlingbeschwerden ist die Nahrungsaufnahme sehr erschwert und reducirt sich trotz Cocainisirung bloss auf flüssige und höchstens auf halbflüssige Speisen. Die excoriirten Stellen verursachen heftiges Prickeln und Brennen. Schlaflosigkeit, Mangel an Esslust brachten die Kranke sehr herunter.

Therapie: Roborirend, als Mundwasser 2proc. Borlösung mit Aq. amygd. amar.; locale Bepinselung mit Cocainlösung.

Die excoriirten Stellen der allgemeinen Decke werden mit Borsalbe bedeckt. Auf die Genitalien sind Umschläge von Burow'scher Lösung (1 : 3 Wasser) verordnet worden.

Patientin blieb nach der Vorstellung auch weiter unter unserer Beobachtung (Klinik des Prof. v. Navratil). Die immer frisch, diffuse auftretenden Blasen,

Schlaflosigkeit, die durch die Mund- und Schlundgeschwüre erschwerte Nahrungsaufnahme und die zuletzt aufgetretenen profusen Diarrhoen brachten die Kranke zusehend herab, bis sie erschöpft am 31. December 1897 verschied. Obduction nicht gestattet.

VI. Sitzung vom 11. November 1897.

Vorsitzender: v. Navratil.
Secretär: Polyák.

1. v. Navratil: Kehlkopfpolypp, durch Laryngofission entfernt.

Pat. ist in der vorigen Sitzung vorgestellt worden, der beinahe pflaumengrosse Kehlkopfpolyp, welcher unter dem vorderen Theile des rechten Stimmbandes sass, ist nach Spaltung des Kehlkopfes ohne Tracheotomie mit einem Scheerenschnitte entfernt worden. Pat ist seitdem schon geheilt entlassen worden und verreist. Es handelte sich um einen Schleimpolyp. Pat. wurde mit intactem Kehlkopf entlassen. Nur das rechte Stimmband war mässig geröthet. Die Stimme hell und klar.

2. v. Navratil: Multiple Papillome durch Laryngofission entfernt.

Bei dem 47 Jahre alten Pat. ist schon vor 16 Jahren die Diagnose Kehlkopfgeschwulst gestellt worden, er kümmerte sich aber trotz der heiseren Stimme wenig darum, bis vor 4 Wochen Athemnoth auftrat. Unter dem linken Stimmbande sass eine haselnussgrosse papillomatöse Geschwulst, welche bei der Exspiration in die Rima glottidis kommt und dieselbe fast gänzlich versperrt. Ein anderes Papillom sass unter dem hinteren Theile des rechten Stimmbandes. Am 2. November 1897 Laryngofission ohne Tracheotomie; es wurden ausser den erwähnten Papillomen noch 2 kleinere entfernt. Vortragender entfernte auch in diesem Falle — wie in allen ähnlichen früheren Fällen — die unterliegende Schleimhaut. Seitdem (17. Februar 1898) ist die Stimme hell und rein, Kehlkopf normal. Keine Recidive.

3. v. Navratil: Fall von Laryngitis fibrinosa.

Pat. leidet seit einigen Tagen an Schlingbeschwerden. Mundhöhle frei, Rachen und Kehlkopf injicirt. Auf dem rechten Aryknorpel eine von einem rothen Hofe umgebene, unregelmässige, dreieckige, 10pfennigstückgrosse fibrinöse Auflagerung. Seit dem Auftreten der streng harten Witterung ist dies schon der zweite derartige Fall, den Vortragender beobachtete. Es ist überhaupt augenscheinlich, dass, so oft die kalte Witterung plötzlich auftritt, Fälle von Laryngitis fibrinosa häufiger werden. Das Leiden kommt in circumscripter Form recht selten vor.

4. v. Hultl: Fall von knöcherner Nasenplastik.

Pat ist schon in der IV. Sitzung demonstrirt worden. Jetzt, nachdem der Lappenstiel durchschnitten und einige Verbesserungen vorgenommen wurden, ist

die nachgebildete Nase viel schöner. Die Nase hat jetzt ein normales Profilniveau, die bedeckende Haut ist der dem Gesichte ganz gleich und das Resultat kann auch vom kosmetischen Standpunkte kaum bemängelt werden.

VII. Sitzung vom 25. November 1897.

Vorsitzender: v. Navratil.
Secretär: Polyák.

1. Paunz: Ueber die Operation gutartiger Kehlkopfgeschwülste.

Vortragender referirt über Kehlkopfgeschwülste, welche in den letzten zwei Jahren (1. November 1895 bis 1. November 1897) auf der II. chirurgischen und laryngologischen Abtheilung des St. Rochusspitals zur Beobachtung kamen; anschliessend bespricht er deren auf der Abtheilung usuellen Behandlung. Es meldeten sich während obiger Zeit ambulatorisch 19 an Kehlkopfgeschwülsten leidende Kranke, grösstentheils mit kleineren Papillomen und Polypen. Auf der Abtheilung wurden 23 Kranke verpflegt.

Von diesen litten 8 an Carcinom, bei 10 waren Papillome, bei 5 Polypen im Kehlkopfe. Die Carcinome werden nicht besprochen; hingegen referirt P. eingehend über Papillome und Polypen. Von den Papillomen kam bei 5 Fällen, von den Polypen bei 2 Fällen die Laryngofission zur Entfernung der Geschwülste in Anwendung. Die Operationen wurden von Prof. v. Navratil nach seiner Methode ausgeführt, nämlich ohne Narkose und in 3 Fällen auch ohne präparative Tracheotomie. In allen 7 Fällen konnte die Geschwulst leicht und gründlich entfernt werden. In 4 Fällen musste vorher die Tracheotomie gemacht werden. Bei zwei Kranken (ein 2jähriges Mädchen und ein 57jähriger Landwirth) konnte die Canüle nicht mehr entfernt werden. Es handelte sich in beiden Fällen um Papillome sehr grosser Ausbreitung. In allen übrigen Fällen wurde endolaryngeal operirt.

S. bespricht sodann das gebräuchliche Vorgehen. Er hält an dem Standpunkte des Prof. v. Navratil's fest, d. h. in jedem Falle muss die radicale Entfernung auf dem kürzesten Wege angestrebt werden. Ist dies auf endolaryngealem Wege möglich, dann auf diese Weise; können wir so auf Erfolg (bei sehr grosse Athemnoth verursachenden oder multiplen Papillomen) nicht rechnen, so ist die Laryngofission am Platze.

Die Laryngofission ist weder als ein schwerer, noch als ein gefährlicher Eingriff zu bezeichnen. Sie birgt, nach Prof. v. Navratil's Methode ausgeführt, keine Nachtheile; der Hauptvortheil der Operation besteht darin, dass der Kranke ohne längere Vorbereitung durch eine einzige Operation von seinem Leiden radical befreit werden kann.

2. Polyák: Fall von circumscriptem Larynxoedem.

Die 26jährige Patientin hat im Halse das Gefühl von Kratzen und Trockenheit. Die einzige nachweisbare Veränderung besteht in dem Oedem des linken Lig. aryepiglotticum. Eine Entzündung in der Umgebung ist nicht nachweisbar,

die Anschwellung schmerzt nicht und die Larynxmotilität ist intact. Aetiologie unklar; Perichondritis, Leukämie, Diabetes und Nephritis können ausgeschlossen werden. P. meint, dass irgendwo in einem adenoiden Follikel des Zungengrundes ein versteckter Eiterherd existirt, welcher zu collateralem Oedem führte.

3. Irsai: Fall von geheiltem Gumma der Zunge.

Bei dem 45 Jahre alten Manne war an dem hinteren Drittel der Zunge in der Mittellinie ein thalergrosses, mit schmutzig gelblich-schwarzem Belage bedecktes Geschwür, mit aufgeworfenen, zerfetzten Rändern sichtbar. Pat. stellte jede Infection in Abrede und konnte auch keine Spur davon nachgewiesen werden. Trotzdem musste die Diagnose auf Syphilis gestellt werden. Die Therapie (Jodkali mit Schmierkur) rechtfertigte die Diagnose. Nach 3 Wochen war das Geschwür verheilt.

4. Grovik: Fall von Sarcoma veli palatini.

Die 43jährige Frau leidet seit einigen Monaten an Halsschmerzen und Schluckbeschwerden. Später gesellten sich Drüsengeschwülste hinzu. Eine antiluëtische Kur blieb ohne Erfolg. Stat. praes. am 5. November 1897 ist folgender: Mittelgrosse, abgemagerte Frau. Blasse Gesichtsfarbe. Unter dem rechten Unterkiefer ein hühnereigrosses Packet vergrösserter Lymphdrüsen. Foetor aus dem Munde. Uvula und der freie Rand des weichen Gaumens fehlen. Letzterer substituirt durch ein flaches, nach oben halbkreisförmig begrenztes und bis zum harten Gaumen reichendes Gebilde, dessen unterer, freier, auf das 2—3fache des normalen Volums verdickter Rand exulcerirt, dick-speckig, schmutzig-gelblich belegt ist. Zu beiden Seiten geht das Gebilde auf die Tonsillen über. Linke Choane durch eine Geschwulstmasse ausgefüllt. Kehlkopf normal. Am Halse und Nacken überall zahlreiche derbe Lymphdrüsen. Die Diagnose wurde auf ein malignes Neoplasma gestellt. Ein ausgeschnittenes Stück der Geschwulst wurde mikroskopisch untersucht und es stellte sich heraus, dass es sich um ein Sarkom handelte.

v. Navratil.

IV. Briefkasten.

Berichtigung.

In dem Rechnungsabschluss für das Meyer-Denkmal war der in Deutschland gezeichnete Betrag mit 2023,73 Kr. aufgeführt. Dr. Schmiegelow ist von dem Schatzmeister des deutschen Comités darauf aufmerksam gemacht worden, dass der Betrag sich auf 2123,73 Kr. beläuft, und seinem Wunsche gemäss berichtigen wir den Irrthum.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, Februar. 1899. No. 2.

I. Referate.

a. Parotis, Medicamente, Allgemeines.

1) **Jonathan Wright. Kritischer Bericht über die neuere laryngologische und rhinologische Literatur. (Some critical and desultory remarks on recent laryngological and rhinological literature.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Juni 1898.*

Die 7. Folge der lesenswerthen Kritiken, in denen Wright die laufende laryngo-rhinologische Literatur bespricht.

Diesmal sind es vornehmlich 2 Themen, die ausführlich abgehandelt werden, die Operation des Kehlkopfkrebses, über die B. Fränkel, Semon und Gluck zu Worte kommen, und die ewig junge Streitfrage der Abductorenlähmung, die Grossmann wieder angeschnitten hat. Grossmann's Arbeit, Semon's Antwort und Grabower's Beitrag werden in knapper, aber klarer Weise wiedergegeben.

LEFFERTS.

2) **S. Infield. Traumatische Parotitis. (Traumatic parotitis.)** *British Medical Journal. 10. September 1898.*

3 jähriger Knabe fiel auf einen Stock, der in die Backe eindrang. Die geschwollene Drüse war nach dem Munde zu vorgewölbt.

ADOLPH BRONNER.

3) **Forchheimer** (Würzburg). **Ein Beitrag zur Kenntniss der Geschwülste der Ohrspeicheldrüse.** Dissert. Würzburg 1897.

Beschreibung eines in der Parotis seltenen reinen Angioms.

SEIFERT.

4) **van Niessen** (Wiesbaden). **Die Actinomyces-Reincultur.** *Virchow's Archiv. Bd. 150. p. 482.*

Der Verf. legt in längerer Ausführung dar, dass infolge „mangelhafter Sachkenntniss der mykologischen Culturtechnik“ und aus ähnlichen schwerwiegenden Gründen sämmtliche früheren Autoren die Reincultur des Actinomyces nicht in



Händen hatten. Verf. züchtete den Actinomycespilz auf Bierwürzgelatine. Er schildert den „fast unbeschreiblichen Formenreichthum“ desselben und reiht ihn der Species „Cladosporium“ ein. Ein näheres Eingehen auf die N.'schen Befunde erübrigt schon deshalb, weil er „vor der Hand von Impfungen Abstand genommen“ hat, da er „das Postulat einer künstlichen Erzeugung von Actinomycose aus Reinculturen nicht für ein unbedingt unerlässliches Argument eines Identitätsnachweises“ hält.

F. KLEMPERER.

5) **Max Wolff** und **James Israel. Zur Actinomyces-Frage.** *Virchow's Archiv. Bd. 151. p. 471.*

Die Verff. zeigen im Einzelnen, dass v. Niessen's Beitrag zur Actinomyces-Frage auf derselben Höhe steht, wie desselben Autors Parasitenbefunde bei Syphilis, Krebs etc. Die Verff. erörtern dann die Frage der Unität der Actinomycose und kommen zu dem Resultat, dass man dieselbe „bis auf Weiteres als eine einheitliche und eigenartige Krankheit ansprechen“ und sich „gegenüber der Multiplicität der Krankheitserreger ablehnend verhalten“ müsse.

F. KLEMPERER.

6) **Wreden. Cocain in der gegenwärtigen Chirurgie. (Kokain id sowremennoi chirurgii.)** *Letopis r. chir. No. 5. 1898.*

W. giebt eine kurze übersichtliche Schilderung über die Geschichte und die gegenwärtige Verbreitung des Cocains. Als erster beschrieb die anaesthesirende Wirkung des Mittels Prof. Anrep in Petersburg 1879. W. wünscht dem Cocain weitere Verbreitung in der Chirurgie.

P. HELLAT.

7) **Paul Reclus** (Paris). **Das Eucain B. (L'eucaine B.)** *Academie de Médecine. 29. März 1898.*

Eucain B ist eine neue Substanz, vom Eucain A verschieden. Während R. im vergangenen Jahre zeigte, dass das Letztere dem Cocain nicht gleichkommt, schreibt er dem Eucain B gewisse unbestreitbare Vorzüge zu.

a) Dasselbe verträgt das Kochen, ist also durch Hitze zu sterilisiren (Cocain setzt sich bei 80° in Ecgonin um, eine Substanz, die nicht analgetisch wirkt).

b) Es ändert sich in Lösungen nicht und ist so stabil, dass man noch vier Monate alte Lösungen benutzen kann (das Cocain wird schon nach 15 Tagen unbrauchbar).

c) Es ist weit weniger giftig, als Cocain (das Verhältniss beträgt 1 : 3,75). Man kann ohne Gefahr 20—25 cg injiciren und Lösungen von $^1/_{50}$ benutzen.

PAUL RAUGÉ.

8) **Gaetano Vinci. Ueber das Eucain B. (Benzoyl-trans-Vinyldiacetonalkamin.)** *Virchow's Archiv. Bd. 149. p. 217.*

Verf. bespricht die chemische Constitution des Eucain B. und berichtet ausführlich über seine experimentellen und klinischen Erfahrungen mit demselben. Er kommt zu dem Schluss, dass das „Eucain B dem Cocain und dem Eucain gleichzustellen und oft vorzuziehen“ ist.

F. KLEMPERER.

9) **Garel** und **Bernoud** (Lyon). **Das Orthoform in der Laryngologie. (L'orthoforme en laryngologie.)** *Société des sciences méd. de Lyon. 23. März 1898. Lyon méd. 17. April 1898.*

Die Verff. erzielten sehr bemerkenswerthe Erfolge bei den schweren Dysphagien der Tuberculösen und bei Carcinom der Epiglottis oder des Oesophagus. Eine einzige Insufflation von Orthoform anaesthesirt sofort für mindestens 24 Std. Die Verff. erklären das Mittel für den Zweck der Milderung der Dysphagie allen anderen Mitteln, dem Antipyrin, Carbolglycerin, Mentholöl, Morphin und selbst dem Cocain für überlegen. Dabei ist das Orthoform nicht giftig und verursacht im Moment seiner Application keinerlei unangenehme Sensationen (Paraesthesie). Die Anaesthesie ist von Dauer, die Technik der Application so leicht, dass sie der Kranke selbst vornehmen kann.

PAUL RAUGÉ.

10) **Boisseau. Das Orthoform und seine schmerzstillende Wirkung in der Laryngologie und Stomatologie. (L'orthoforme, ses effets analgésiants en laryngologie et en stomatologie.)** *Gazette hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux. 23. Januar 1898.*

Verf. wendete das Orthoform in 2 Fällen von terminaler Dysphagie bei Tuberculose der oberen Luftwege und in einem Falle von tertiär-syphilitischer Ulceration des Rachens an. Das Mittel führte jedesmal eine sehr schnelle und anhaltende Herabsetzung des Schmerzes herbei. Der Zahnarzt Bariel hat mit grossem Erfolge Orthoform nach der Zahnextraction auf die Alveole aufgestäubt.

E. J. MOURE.

11) **E. S. Yonge. Zur Localbehandlung schmerzhafter Ulcerationen mit Orthoform. (The local treatment of painful ulcerations by orthoform.)** *Brit. Med. Journal. 5. Februar 1898. N. Y. Med. Journal. 9. April 1898.*

Verf. berichtet über 9 Fälle von Nasen- und Halserkrankung, bei denen er Orthoform mit grossem Nutzen anwandte. Bei Larynxphthise wurde der Schmerz für mehrere Stunden beseitigt. Das Orthoform, das schwer in Wasser löslich ist, besitzt keine Giftigkeit und ist ein kräftiges Antisepticum. Als Anaestheticum wirkt es nicht stark genug für chirurgische Eingriffe, aber seine Wirkung ist von langer Dauer, bisweilen mehrere Tage anhaltend.

ADOLPH BRONNER.

12) **M. Kaiser** (Neumarkt i. St.). **Beitrag zur Kenntniss der Wirkung des Xeroforms.** *Med.-chirurg. Centralblatt. No. 4. 1898.*

K., der Xeroform durch längere Zeit anstatt des Jodoforms in der kleinen Chirurgie anwendet, berichtet über sehr günstigen Erfolg. Als besonderen Vorzug genannten Mittels hebt er dessen Reizlosigkeit hervor, sowie, dass dasselbe im Preise bedeutend niedriger sei als Jodoform.

CHIARI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

13) **Unna** (Hamburg). **Sycosis subnasalis und Ausschnupfen.** *Monatschrift für prakt. Dermat. XXVI. 12. 1898.*

Für die Behandlung der Nasenschleimhaut bei der Sycosis subnasalis em-

pfiehlt Unna Spülungen mit Decoctum Chinae und wenn Besserung eingetreten ist, mit 1 prom. bis $1/2$ proc. Ichthyollösung. Dabei muss ein Verband an der Oberlippe mit Zinkoxyd-Schwefel- oder Zinkoxyd-Ichthyol-Salbenmull, bei schweren Fällen mit Ichthyol-Chrysarobin-Salbenmull getragen und die Nase mit Watte abgewischt werden (nicht mit dem Taschentuch).

SEIFERT.

14) **S. Pozzi. Acne hypertrophica der zwei unteren Drittel der Nase. Ablösung derselben mit unmittelbar nachfolgender rhinoplastischer Operation. Heilung mit vollständiger Wiederherstellung der Nase. (Acne hypertrophique ayant envahi les deux tiers inférieurs du nez Décortication. Autoplastic primitive. Guérison avec restauration immédiate et complète du nez.)** *Bull. Soc. de Chir. XXIII. p. 729.*

Die Ueberschrift enthält das Wesentliche des Falles. Verf. beschreibt die Operation im Einzelnen.

A. CARTAZ.

15) **M. Péraire** und **A. Pilliet. Acne hypertrophica der Nase mit enormer Geschwulstbildung. (Acne hypertrophique du nez formant une énorme tumeur.)** *Soc. anatom. Paris. 6. Mai 1898.*

60 jähriger Mann. Seit 10 Jahren hat sich vom linken Nasenflügel her allmählich über die ganze Nase eine Acnegeschwulst gebildet, die heute einen über die Unterlippe herabhängenden, taubeneigrossen Tumor bildet. Der Tumor wird entfernt und eine osteoplastische Operation zur Wiederherstellung der Nase vorgenommen. Die histologische Untersuchung erweist, dass es sich um ein Talgdrüsen-Adenom handelt, das sich diffus im Bindegewebe entwickelt und dann später chronisch entzündet hat.

A. CARTAZ.

16) **D. H. Goodwillie. Die chirurgische Behandlung äusserer Deformitäten der Nase. (The surgical treatment of external deformities of the nose.)** *N. Y. Medical Record. 21. Mai 1898.*

G. stellt eine Reihe von Patienten vor, an denen rhinoplastische Operationen vorgenommen worden sind, und demonstrirt an Abbildungen die Operationsmethoden und ihre Resultate. Die wichtigsten Ursachen der Nasendeformitäten sind: 1. congenitale (unvollkommene intrauterine Entwicklung); 2. traumatische; 3. Hypertrophien und Tumoren der Knochen oder Weichtheile und 4. maligne, specifische oder andere constitutionelle Erkrankungen.

LEFFERTS.

17) **J. Preindlsberger** (Sarajevo). **Zur partiellen Rhinoplastik.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1898.*

Excision eines kleinen höckerigen Epithelioms des linken Nasenflügels. Nachdem die Ränder des Defectes verheilt waren, wurde der erste Act der Plastik nach v. Hacker ausgeführt. Die Ueberhäutung der Wundfläche fand ohne Transplantation sehr rasch statt.

CHIARI.

18) **Patrick Cassidy. Ein Fall von Rhinoplastik. (A case of rhinoplasty.)** *N. Y. Med. Record. 9. April 1898.*

Ausführliche Krankengeschichte. Ein hufeisenartiger Lappen wurde aus der

rechten Infraorbitalgegend und der Stirn entnommen und zur Deckung der Nase verwandt. Durch einen Stiel, mit dem er an der Wange befestigt blieb, wurde dieser Lappen ernährt.

LEFFERTS.

19) **M. Herman. Ein neuer Vorschlag zur Plastik der Nase. (Pomyst do craiciowej plastyki nosa.)** *Przeglad lekarski. No. 39. 1898.*

Verf. schlägt vor, die plastischen Theile aus der Haut der Wangen, und zwar auf der Grenze der Regio nasalis und der Regio infraorbitalis zu entnehmen.

Die rein chirurgischen Details werden durch entsprechende Illustrationen erklärt.

A. v. SOKOLOWSKI.

20) **Deschamps. Empfänglichkeit für vegetabilische Ausdünstungen. (Susceptibility to vegetable emanations.)**

Verf. berichtet über einen Restaurateur, der in der Küche mitarbeitete und stets, wenn er Spargel zurecht machte, einen heftigen Anfall von Coryza mit Niesen und Laufen der Augen bekam. Die Asthmaanfälle haben sich mit der Zeit verstärkt. Der Mann kann Zwiebeln schälen, Mohrrüben, weisse Rüben u. dergl., ohne dass er Unbehagen hat; nur beim Spargel tritt der Anfall auf. Dabei kann er ohne irgendwelche Beschwerden den fertigen Spargel essen.

LEFFERTS.

21) **Müller. Heufieber. (Hay fever).** *N. Y. Med. Record. 5. Februar 1898.*

Verf. empfiehlt einen Spray von Carlsbader Wasser, danach eine Nasendouche mit einer 20—30 proc. Silberlösung und schliesslich die Application von

Menthol 3,0
Resorcin 3,0
Spir. vini diluti 14,0

oder als Spülwasser für die Nase:

Natrii bisulphur. 1
Aq. destillat. 500.

LEFFERTS.

22) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Behandlung der vasomotorischen Rhinitis (Hydrorrhoea nasalis, Heufieber) mit Orthoform. (Traitement de la rhinite vasomotrice [hydrorrhée nasale, fièvre des foins] par l'orthoforme.)** *Bulletin Méd. 23. Januar 1898.*

Von der Anschauung ausgehend, dass die vasomotorische Coryza in einer Hyperaesthesie der Nasenschleimhaut ihren Ursprung hat und dass das Orthoform ein Anaestheticum ersten Ranges, unschädlich und in seiner Wirkung lange anhaltend ist, hat Verf. die Crisen von Hydrorrhoe statt mit Cocain mit Orthoform behandelt. Die Resultate, die er in 3 Fällen erzielte, waren sehr zufriedenstellende. In einem Falle genügte eine einzige Einblasung von Orthoform, um die Heilung einer seit 5—6 Jahren bestehenden Hydrorrhoe in wenigen Minuten zu erzielen. Ein Recidiv war nach 1 Monat nicht eingetreten.

PAUL RAUGÉ.

23) **W. Posthumus Meyjes** (Amsterdam). **Zur Aetiologie einiger nasaler Reflexneurosen. (Iets over de aetiologie van sommige van den neus uitgaande reflex-neurosen.)** *Med. Weekbl. V. No. 23.*

Vortrag in der Niederl. Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Vergl. den Sitzungsbericht.

H. BURGER.

24) **Gustav Spiess** (Frankfurt a. M.). **Beitrag zur Aetiologie einiger nasaler Reflexneurosen.** *Fränkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 7. p. 303. 1898.*

Verf. weist auf zwei Beobachtungen hin, die er mehrmals gemacht hat. Einmal, dass Asthmatiker, welche an Nasenverstopfung litten, nach Wegnahme dieser während des Tamponnements, also bei einer stärkeren Nasenverstopfung, als sie vorher bestand, niemals Asthmaanfälle bekamen. Zweitens, dass das als Tuberculum septi beschriebene Drüsenpolster, welches einen besonders empfindlichen Punkt in der Nase darstellt und welches schwellungsfähig ist, direct der mittleren Muschel gegenüberliegt, so dass leicht eine leise Berührung beider zu Stande kommen kann. Verf. sah Fälle von Niesreiz, der durch festes Zuhalten der Nase unterdrückt werden konnte; er beobachtete ferner, dass der Niesreiz aufhört, wenn durch den Mund inspirirt und durch die Nase exspirirt, der mittlere Nasengang also durch die Luftbewegung nicht berührt wurde. Verf. schliesst daraus, dass für die Auslösung der nasalen Reflexe neben der Berührung zweier Schleimhautflächen als sehr wesentlicher Factor auch eine Verschiebung der beiden Flächen gegen einander oder die Einlagerung eines reizenden dritten Körpers (Polyp, Staub) zwischen beide oder ein Zug an beiden durch einen Verwachsungsstrang oder dergl. in Betracht kommt.

Für die Therapie ergiebt sich daraus, dass eine Reibung zweier Flächen an einander verhindert werden muss; das gelingt am besten auf chirurgischem Wege.

Verf. bespricht kurz die in Betracht kommenden Operationen und wendet sich gegen die Kaustik, speciell die der unteren Muscheln, die viel seltener bei Nasenobstruction die Schuld tragen, als oft angenommen wird. Man soll bei jeder Nasenverstopfung die Störung der physiologischen Function genau feststellen; ist der Exspirationsstrom frei, so kann eine wesentliche Verengerung des unteren Nasenganges durch die untere Muschel nicht vorliegen und Kaustik ist nicht am Platze.

F. KLEMPERER.

25) **P. Gastow. Nächtlicher Krampfhusten mit Erbrechen und Coryza bei kleinen Kindern. (The spastic night cough with vomiting and coryza in young children.)** *N. Y. Med. Record. 14. Mai 1898.*

Die sehr häufige Erkrankung ist reflectorischen Ursprungs, bisweilen durch Eingeweidewürmer, bisweilen durch andere Ursachen bedingt, gewöhnlich aber Folge einer hinteren Coryza. Sie kommt nur bei kleinen Kindern vor, die noch nicht expectoriren und die Nase nicht reinigen können. Der Husten, der krampfhaft ist, ähnlich dem Keuchhusten, und zu Uebelkeit und Erbrechen führt, tritt nur ein, wenn die Kinder zu Bett liegen, gewöhnlich bei Nacht, selten bei Tage. Der Schleim, der in den Rachen rinnt und in die Arygegend heruntertropft, löst die Glottiskrämpfe aus. Die Behandlung besteht in täglich 3—4 maliger Einfüh-

rung von Tampons mit Borovaselin in die Nase bis hinten hin. Dem Vaselin können auch Adstringentien, wie Tannin und Alaun, und besonders Antipyrin zugesetzt werden.

LEFFERTS.

26) **Guder. Einwirkungen der Reizung der Nasenschleimhaut auf die Bewegungen des Herzens. (Effets des irritations de la muqueuse nasale sur les mouvements du coeur.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 1. 1898.*

Verf. bespricht die verschiedenen Reflexerscheinungen von Seiten des Herzens, die bei Nasenkranken beobachtet worden sind, und berichtet über seine eigenen Erfahrungen und Versuche auf diesem Gebiete. Es gelang ihm nicht, Herzpalpitationen, Anginaanfälle etc. durch Reizung der Riechschleimhaut auszulösen.

R. J. MOURE.

27) **Eliza H. Root. Epileptoide Anfälle, anscheinend durch nasale Verstopfung verursacht. Eine Krankengeschichte. (Epileptoid seizures apparently due to nasal obstruction. Report of a case.)** *N. Y. Med. Journal. 21. Mai 1898.*

Krankengeschichte eines Falles. Die Diagnose bleibt unsicher.

LEFFERTS.

28) **S. Talma** (Utrecht). **Ueber Asthma bronchiale. (Over „asthma bronchiale".)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. S. 390. 1898.*

Asthma bronchiale beruht auf Krampf von Muskeln der Luftwege. Das charakteristische giemende Geräusch entsteht nicht durch Verengerung der Broncheoli, sondern durch exspiratorische Verengerung in den oberen Luftwegen: Trachea, Larynx, Pharynx.

Zwaardemaker fand in vielen Fällen während der ganzen Ausathmung die Stimmritze weit geöffnet; nur am Schluss der Exspiration, wo das Giemen in ein hohes Piepen oder Pfeifen übergeht, näherten sich die Stimmbänder. In anderen Fällen wird während des Anfalles die Glottis stark verengert. Auch ist eine allgemeine exspiratorische Verengerung der Trachea zu beobachten. Dass im Anfall auch Verengerung der Broncheoli vorkommen kann, wird durch die Auscultation bewiesen. Mancher Asthmatiker, welcher in der Respirationstechnik genügend geübt ist, kann den Krampf augenblicklich, auf kürzere oder längere Zeit, unterdrücken. Auch können Asthmatiker in der anfallsfreien Zeit, wie mitunter auch Gesunde, den Krampf künstlich nachahmen.

Auf diese Thatsachen hat T. eine Therapie basirt, welche in Respirationsübungen besteht. Zuerst wird die langsame, dann die vollkommene Ausathmung eingeübt; Sprachübungen schliessen sich an. T. hat hiermit schöne Resultate erhalten.

H. BURGER.

29) **C. Clar** (Wien). **Asthmawetter.** *Wiener klin. Rundschau. No. 24. 1898.*

C. sagt, dass das nervöse Asthma als häufige Reflexerscheinung bei Erkrankungen der Nase sehr empfindlich auf einen Luftwechsel reagirt, mag letzterer im Ortswechsel oder im Wetterwechsel bei umgeändertem Aufenthalt bestehen. Verf. constatirt u. A., dass diese Asthmatiker am allerschwersten jene ungetrübte

Reihe schöner Tage ertragen, wie sie eintritt, wenn ein Luftdruckmaximum sich über die Gegend lagert. CHIARI.

30) **Garel. 4 neue Fälle von Nasensteinen durch Kirschkerne. (Rhinolithes. Quatre nouveaux cas dus à des noyaux de cerise.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 9. September 1897.*

Verf. bespricht die Pathogenese, die Symptomatologie und Diagnostik der Nasensteine. Er schliesst sich der Theorie der Bildung der Rhinolithen um Fremdkörper herum an. Die Fremdkörper stammen theils von aussen (Kirschkern, Schuhknopf), theils sind sie inneren Ursprungs (Blutgerinnsel). E. J. MOURE.

31) **A. Raoult. Ein Fall von Rhinolith, entwickelt um einen Kirschkern. (Sur un cas de rhinolithe développé autour d'un noyau de cerise.)** *Rev. méd. de l'Est. 1. März 1898.*

34 jährige Frau, seit mehreren Jahren an eitriger Secretion und Verstopfung der linken Nasenseite leidend. Mit der heissen Schlinge entfernt Verf. das vordere Ende der unteren Muschel, das den Einblick in die tieferen Theile der Nase versperrt. Darauf kann ein klein-nussgrosser Nasenstein entfernt werden, in dessen Centrum sich ein Kirschkern findet. Dieser ist mindestens seit 20 Jahren in der Nase, in die er wahrscheinlich bei einem Erbrechen gerathen ist. A. CARTAZ.

32) **R. D. Barret. Fremdkörper in Ohr und Nase. (Foreign bodies in the ear or nose.)** *N. Y. Medical Record. 11. Juni 1898.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

33) **J. Winslow. Fremdkörper in der Nase. (Foreign bodies in nose.)** *N. Y. Med. Record. 25. Juni 1898.*

In vielen Fällen gelingt die Ausstossung eines Fremdkörpers aus der Nase eines Kindes, wenn man das andere Nasenloch zuhält und plötzlich kräftig in den Mund des Kindes bläst. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

34) **F. B. Storer. Fremdkörper in Nase und Ohr. (Foreign bodies in the nose and ear.)** *N. Y. Med. Record. 16. Juli 1898.*

S. empfiehlt eine Drahtschlinge zur Entfernung der Fremdkörper.

V. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **W. H. Poole. Rhinolith oder Nasenstein. (Rhinolith or nasal calculus.)** *N. Y. Med. Journal. 9. Juli 1898.*

24 jährige Patientin, bei der das Concrement erst nach der operativen Entfernung eines Stücks der unteren Nasenmuschel entdeckt wurde.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

36) **W. Scheppegrell. Der Gebrauch von Oel zur Vernichtung von Larven in der Nase. (The use of oil for the destruction of larvae in the nasal chambres.)** *N. Y. Med. Journal. 19. Februar 1898.*

Die Insecten athmen durch ein Röhrensystem, das sich mit Poren an den

Seiten des Körpers öffnet. Diese verstopft das Oel und tödtet so die Larven, während es für die empfindlichen Gewebe der Nase durchaus unschädlich ist.

LEFFERTS.

37) **Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Das Schmerzen der Nase, das Niesen und Husten in ihrer Bedeutung zur Entzündung des Mittelohres bei Kleinkindern, Schulkindern und Erwachsenen.** *Die ärztl. Praxis. 19. 20. 1898.*

Zusammenfassung der in Betracht kommenden Momente mit besonderem Hinweise auf die Gefahr des Eindringens von Infectionserregern in das Mittelohr, wenn bei verstopfter Nase gleichzeitig stark durch beide Nasenhälften geschnäuzt wird.

SEIFERT.

38) **Stiel. Ueber Beziehungen zwischen Nasen- und Augenkrankheiten.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1898.*

Die Störungen sind dreierlei Art, und zwar reflectorischer Natur, wie bei dem Thränenträufeln, Lichtscheu, Skotom, Migraine ophthalmique, oder es bestehen derartige Beziehungen durch die Verbindung des Conjunctivalsackes und des Thränenschlauches, oder drittens bestehen Beziehungen der Nebenhöhlen zu der Orbita und deren Inhalt oder zu den Sehnerven.

SCHECH.

39) **Talbot W. Chambers. Erkrankung des Auges abhängig von Erkrankung der Nase. (Disease of the eye dependent upon disease of the nose.)** *N. Y. Medical Record. 9. April 1898.*

Verf. berichtet über eine Reihe von Patienten, die durch starke Sehschwäche belästigt wurden und diese erst nach Beseitigung eines pathologischen Zustandes in der Nase verloren.

LEFFERTS.

40) **Fougeray. Chronischer Nasenrachencatarrh. (Chronic rhino-pharyngitis.)** *N. Y. Med. Record. 30. April 1898.*

Menthol 1,0
Ol. amygdal. dulc.
seu
Vaselin. liquid. 10,0.
M. D. S. Mit dem Pinsel aufzutragen.

LEFFERTS.

41) **Kuhn** (Strassburg). **Missbildungen der Nase, Nasenpolypen, Nasenrachenpolypen.** *Drasche's Bibl. d. med. Wissensch. 1898.*

Die Missbildungen der Nase theilt K. in angeborene (Missbildungen verschiedener Art, sowie congenitaler Verschluss der vorderen und hinteren Nasenöffnungen) Missbildungen und durch abnormes Wachsthum bedingte ein (Deviatio septi, cristae, spinae, Wachsthumsmissbildungen an den Nasenmuscheln), bespricht deren Aetiologie, Symptomatologie und Therapie. Unter den weichen Fibromen fand K. öfter, als Hopmann zugiebt, Drüsen und Cysten in dem fibrösen Stroma der Nasenpolypen, feste derbe Fibrome beobachtete er fast immer als solitäre Geschwulst in den hinteren Theilen der Nasenhöhle, entweder vom Septum oder den hintersten Muschelabschnitten oder auch von der inneren Umrandung

der Choanen ausgehend. Unter den Nasenrachenpolypen unterscheidet er die typischen Fibrome und die Pseudonasenrachenpolypen (Nasenmuschelpolypen, Choanenfibrome und polypöse Hypertrophien der hinteren Enden der unteren Muschel).

SEIFERT.

42) **Lacoarret. Fibro-mucöser Polyp des Nasenrachens. (Polype fibro-muqueux du pharynx nasal.)** *Annales de la Policlinique de Toulouse. No. 6. Juni 1898.*

50 jähriger Mann mit einem umfangreichen Polypen, der das Gaumensegel stark verdrängt und eine Nasenhöhle obstruirt. Derselbe wird auf combinirte Weise vom Munde und von der Nase her abgetragen.

E. J. MOURE.

43) **C. Compaired** (Madrid). **Voluminöses Fibrom im Nasenrachenraum. Operation. Heilung. (Voluminoso fibroma naso-faringeo, operacion; curacion.)** *El Feglo Médico. No. 2297. 1898.*

Genannter Tumor hatte die Grösse eines Taubeneies und wurde von der Mundhöhle aus mittelst Cocain entfernt. Die Heilung erfolgte nach ungefähr einem Monate.

R. BOTEY.

44) **Brault. Maligne Geschwulst des Nasenrachens bei einem Mädchen von 3½ Jahren. (Tumeur maligne du naso-pharynx chez une petite fille de trois ans et demi.)** *Annal. des mal. de l'oreille. No. 5. Mai 1898.*

Verf. hat das Mädchen, das eine Deformation des Gesichts (frog-face) aufwies, nach der Methode von Doyen operirt. Die Geschwulst bestand aus fibromyxomatösen und sarcomatösen Partien.

E. J. MOURE.

c. Mundrachenhöhle.

45) **J. Killian** (Worms). **Entwicklungsgeschichtliche, anatomische und klinische Untersuchungen über Mandelbucht und Gaumenmandel.** *Fränkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 7. p. 167.*

Die an einem grossen Material durchgeführten Untersuchungen K.'s ergeben eine Reihe neuer anatomischer Facta, die im kurzen Referat nicht wiedergegeben werden können. Aus der Arbeit, die von Interessenten im Original studirt werden muss, sei nur hervorgehoben, dass nach K.'s Befunden die Tourtual'schen Hohlräume in der Mandel durchaus keine Seltenheit, sondern ganz alltägliche Vorkommnisse sind. Zur sorgfältigen Inaugenscheinnahme der Mandeln empfiehlt K. folgenden Gang der Untersuchung: 1. Niederdrücken der hinter dem unteren Zahnbogen ruhenden Zunge, Besichtigung, Spiegelung. 2. Vorstrecken und Festhaltenlassen der Zunge, Drehung und Neigung des Kopfes, Abziehen des Mundwinkels der Gegenseite (mit einem Lidhalter oder Doppelhaken), Besichtigung, Sondirung. Der zweite Act der Untersuchung dient zur Entfaltung der Mandelbucht.

F. KLEMPERER.

46) **Martin Hendelsohn** (Breslau). **Ueber das Verhalten des Mandelgewebes gegen aufgeblasene pulverförmige Substanzen.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. Bd. VIII. H. 3. p. 476.*

H. berichtet ausführlicher über die Ergebnisse der Versuche, von denen Kayser auf dem Congress in Moskau bereits kurze Mittheilung gemacht hat. Die Aufnahme der aufgeblasenen Farbstoffe in die Mandeln ist eine so schnelle und so lebhafte, dass die Mandeln, speciell die vergrösserten, nicht nur nicht die Function eines Körperschutzes ausüben, sondern eher einen Ausgangspunkt zahlreicher localer und allgemeiner Affectionen bilden.

F. KLEMPERER.

47) **H. Walsham. Ueber das Vorkommen knorpliger und knöcherner Knötchen in den Mandeln. (On the occurrence of cartilaginous and bony nodules in the tonsil.)** *Lancet. 13. August 1898.*

Verf. hat eine grosse Reihe von Mandeln tuberculöser Patienten untersucht. Einmal fand er bei einem 50jährigen Manne kleine Knochenmassen am Grunde der Crypten, in einem anderen Falle bei einem 27jährigen Manne knorplige Theile im gesammten adenoiden Gewebe. Er hält diese Gebilde für fötale Anlagen und leitet sie von dem zweiten Kiemenbogen ab, Verf. veranschaulicht seine Befunde durch Abbildungen.

ADOLPH BRONNER.

48) **W. Wingrave. Ein Bericht über das Vorkommen knorpliger und knöcherner Knötchen in den Mandeln. (A note on the occurrence of cartilaginous and bony nodules of the tonsil.)** *Lancet. 17. September 1898.*

Verf. hat den von Walsham beschriebenen Befund in mehreren Fällen gesehen.

ADOLPH BRONNER.

49) **F. Bezançon** und **W. Griffon. Die constante Anwesenheit von Pneumococcen auf der Oberfläche der Mandeln. (Présence constante du pneumocoque à la surface de l'amygdale.)** *Société médicale des Hôpitaux. 15. April 1898. N. Y. Medical Journal. 7. Mai 1898.*

Man nahm bisher an, dass der Pneumokokkus ein häufiger Bewohner des normalen Halses ist. Die Verff. weisen nach, dass seine Anwesenheit daselbst eine constante ist. Die Verff. haben den der Mandel anhaftenden Schleim auf einem Nährboden cultivirt, der elective Eigenschaften hat. Als solchen Nährboden sehen sie das Serum „junger" Kaninchen an. (!) Das Serum des ausgewachsenen Kaninchens, scheint es, giebt weniger zuverlässige Resultate. (!)

Die Untersuchung erstreckt sich auf 40 Personen, die unter den verschiedensten Verhältnissen leben und in ihrer Anamnese nichts von einer Pneumonie haben. Bei allen fand sich der Pneumococcus, ebenso wie der Streptococcus (Widal und Bezançon) in der Mundhöhle.

Diese Resultate muss man natürlich acceptiren. Aber es fragt sich doch, wo diese Ausdehnung des normalen Parasitismus hinführen soll. Wenn der Hals schon beim Gesunden alle pathologischen Keime enthält, was nützt dann ihr Nachweis bei der Krankheit und was wird dann schliesslich aus der ganzen Bacteriologie?

PAUL RAUGÉ.

50) **G. Finder. Zur pathologischen Anatomie der Tonsille.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VIII. H. 2. p. 354.*

1. Retentions-Cysten; die sogenannten „folliculären Abscesse" oder „käsigen Herde". F. schliesst aus seinen Präparaten, dass „jene käsigen Abscesse in der Tonsille in der That nichts anderes sind, als durch Retention ihres Inhalts cystisch erweiterte Lacunen".

2. Grosser gutartiger Tumor (Fibro-Adenoma pendulum). Der von F. beobachtete Tumor zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung genau die histologische Structur der Tonsille selbst.

3. Histologischer Befund einer Tonsille mit breiten Condylomen. Die Stellen, die klinisch als Plaques muqueuses imponirt hatten, zeigten eine subepitheliale Infiltration und eine sehr erhebliche Epithelverdickung.

F. KLEMPERER.

51) **Chauchard. Beitrag zum Studium der encystirten lacunären Mandelentzündung und ihrer Complication: der Ulceration. (Contribution à l'étude de l'amygdalite lacunaire enkystée et de sa complication: l'ulcération.)** *Thèse de Bordeaux. No. 93. 1898.*

Die lacunäre Mandelentzündung kommt in 3 Formen vor: als käsige, encystirte und ulceröse. Man beobachtet sie bei jugendlichen Personen und vorzugsweise im Frühling. Sie verursacht leichte Schluckbeschwerden, aber wenig oder keine Allgemeinerscheinungen. In der Periode der Cystenbildung sieht man auf der Mandeloberfläche einen getreidekorn- oder kirschkerngrossen Tumor; dieser vergeht und lässt das einfache Geschwür der Mandel entstehen, welches mit zahlreichen anderen Affectionen, besonders mit dem syphilitischen Gumma, verwechselt werden kann. Das Geschwür entsteht plötzlich und hat eine charakteristische Form, regelmässige Ränder, keine Tendenz, auf die benachbarten Gewebe überzugreifen.

Die Prognose ist gut. Die interne Behandlung besteht in Antisepsis des Mundes (Gurgeln mit Borax, mit Jod), die chirurgische Behandlung in Abtragung mit der scharfen Zange.

E. J. MOURE.

52) **Zilgien. Angina pectoris nach Mandelentzündung. (Angina pectoris following inflammation of the tonsils.)** *N. Y. Med. Journal. 16. April 1898.*

Verf. berichtet über 4 Fälle von wochenlanger Angina pectoris im Anschluss an fieberhafte Mandelentzündung. Er deutet die Erkrankung als eine Neuralgie des Plexus cardiacus, die durch in den Mandeln erzeugte Toxine verursacht ist.

LEFFERTS.

53) **Levy. Gurgelwasser bei folliculärer Tonsillitis. (Gargle for follicular tonsillitis.)** *N. Y. Med. Record. 5. Februar u. 19. März 1898. N. Y. Medical News. 26. Februar 1898.*

Kreosot gtt. 8,
Tct. Myrrhae,
Glycerin ana 50,0,
Aqu. 100,0.
M. D. S. Nach Vorschrift z. Gurgeln.

LEFFERTS.



54) **K. W. Baldwin. Peritonsillitis. (Peritonsillitis.)** *Journ. Americ. Medical Assoc. 12. März 1898.*

Verf. reinigt den Hals mit einer alkalischen Lösung und applicirt dann 1—3stdlch. eine Mischung von Terpentin und Lavendelspiritus (ana) mit Zusatz von ein paar Tropfen Anisöl oder Gaultheria. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) **J. Sendziak. Beitrag zur Diagnose und Therapie des peritonsillären Abscosses und des Abscesses der Zungentonsille. (Przyczynek do rozpoznawania oraz leczenia ropnego zapalevia migdasha podniebiennejo oraz jazykowego ze szczególnem uwzgladnieniem ropnia okotomigdasbowego.)** *Kronika lekarska. No. 4, 5. 1898.*

Verf. beschreibt auf Grund von 235 Fällen der ersteren Kategorie und 9 der letzteren systematisch die Aetiologie, Symptomatologie und Therapie dieser Krankheiten.

Die Arbeit, welche für den praktischen Arzt bestimmt ist, enthält für den Specialisten nichts wesentlich Neues. A. v. SOKOLOWSKI.

56) **E. J. Moure. Die Eröffnung der Mandelabscesse. (De l'ouverture des abscès amygdaliens.)** *Journ. de Med. de Bordeaux. No. 7. 13. Februar 1898.*

Verf. bedient sich, um Eiteransammlungen an der Mandel oder ihrer Nachbarschaft zu eröffnen, regelmässig des Galvanokauters. Man kann mit diesem Instrument schnell eingreifen, vermeidet eine Blutung und schafft dem Eiter eine weite Bahn, die nicht die Tendenz zeigt, sich sofort wieder zu schliessen.

BRINDEL (E. J. MOURE).

57) **Audry** und **Iversene. Isolirtes syphilitisches Gumma einer Mandel. (Sur une gomme syphilitique isolée d'une amygdale.)** *Arch. méd. de Toulouse. No. 3. 1. Februar 1898.*

Die Affection entwickelte sich bei der Patientin unter febrilen Erscheinungen und blieb auf die Mandel beschränkt. Nach 10 Tagen war die locale Ulceration verschwunden. E. J. MOURE.

58) **Seymour Oppenheimer. Die Tuberculose der Mandeln. (Tuberculosis of the tonsil.)** *N. Y. Med. News. 15. Januar 1898.*

Zu unterscheiden ist die primäre und die secundäre Mandeltuberculose. Die primäre ist selten; nur von Zeit zu Zeit sind Fälle derselben berichtet worden und die Authenticität der Beobachter ist nicht über allen Zweifel erhaben.

Dass Tuberkelbacillen auf einer beträchtlichen Anzahl anscheinend normaler Tonsillen vorkommen und besonders bei der hypertrophischen Form der Tonsillitis, ist von mehreren Pathologen und Laryngologen des Continents erwiesen worden. In allen diesen Fällen waren die Mandeln bei den gewöhnlichen Kranken entfernt worden, die zwar eine Hypertrophie der Tonsillen, aber durchaus kein Zeichen von allgemeiner oder localer Tuberculose hatten. Zenker und Krückmann etabliren einen causalen Zusammenhang zwischen der primären Infection der Tonsillen mit Tuberkelbacillen und der Tuberculose der Halslymphdrüsen. Die primäre Infection kann durch den Gebrauch unsauberer Instrumente (speciell

des Kehlkopfspiegels, der sehr schwer chirurgisch rein zu halten ist), oder durch Inhalation tuberkelbacillenhaltiger Luft, oder durch tuberculöse Nahrung zu Stande kommen.

Die primäre Tuberculose der Mandeln ist wahrscheinlich häufiger, als bisher angenommen wurde, und vielleicht hat manche Lungentuberculose ihren Ursprung in einer Infection der Mandeln. Zu dem Nachweis der letzteren führt die Färbung auf Bacillen; gewöhnlich findet man beim mikroskopischen Untersuchen Riesenzellen und Tuberkel, seltener Verkäsung. Aeusserlich kann die Tonsille normal erscheinen; meist ist sie hypertrophisch.

LEFFERTS.

59) **H. Walsham. Latente Tuberculose der Mandeln. (Latent tuberculosis of the tonsil.)** *Brit. Med. Journal. 7. Mai 1898. Lancet. 18. Juni 1898.*

Die Arbeit bildet einen Auszug aus des Verf.'s Doctorthese (Cambridge). Verf. untersuchte die Mandeln von 34 Tuberculösen, die nacheinander zur Section kamen. Mit 2 Ausnahmen hatten diese Fälle intra vitam keine Symptome von Tuberculose der Mandeln geboten. Und doch fanden sich die Mandeln bei 20 Fällen mehr oder weniger tuberculös erkrankt. Bei den Tonsillen, die lebenden Patienten herausgenommen waren, liessen sich keine Spuren von Tuberculose finden. Verf. berichtet über 2 Fälle, bei denen auf die Exstirpation der Mandeln oder Adenoiden Lungentuberculose folgte.

(Der Auszug im Lancet ist zu kurz und stellenweise nicht ganz klar. Interessenten sollten die These selbst studiren. Ref.).

ADOLPH BRONNER.

60) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Lipom der Mandel.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VIII. Heft 3. p. 561.*

Der haselnussgrosse, gelbdurchschimmernde, dünn gestielte Tumor auf nicht entzündetem Mandelgrunde, von dem A. eine Abbildung giebt, erwies sich bei mikroskopischer Untersuchung als ein Lipom (Fibrolipom).

F. KLEMPERER.

61) **A. Fränkel** (Wien). **Zur Technik der Operation des Mandelkrebses.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 12. 1898.*

F. räth in geeigneten Fällen von Pharynxtumoren zur möglichsten Vereinfachung der Operationstechnik, somit zur Weglassung aller Hilfsoperationen, wie Unterkieferresectionen, Tracheotomie u. s. w., mit Ausnahme der präventiven Unterbindung der Carotis externa. Beschreibung zweier Fälle von Pharynx-Carcinomen, vom Munde aus, ohne weitere Hilfsoperation, mit gutem Heilungserfolg operirt.

CHIARI.

62) **Phocas. Die Abtragung der Mandeln. (L'ablation des amygdales.)** *Nord médical. 1. Januar 1898.*

Kritische Uebersicht über die verschiedenen Methoden der Mandelexstirpation; nichts Neues.

A. CARTAZ.

d. Diphtheritis und Croup.

63) **F. L. Wachenheim. Die klinischen Beziehungen des Loeffler'schen Bacillus. (The clinical relations of the Loeffler Bacillus.)** *N. Y. Medical Journal. 18. Juni 1898.*

Bei der Diphtherie, wie bei jeder anderen Erkrankung, soll die bacteriologische Untersuchung den klinischen Methoden zur Unterstützung, nicht als Controle dienen.

In jedem Falle, der eine Membranbildung zeigt, soll man sofort Serum anwenden, ohne das Resultat der bacteriologischen Prüfung abzuwarten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

64) **Edward K. Root. Die klinische und bakteriologische Diagnose der Halskrankheiten. (The clinical and bacteriological diagnosis of diseases of the throat.)** *N. Y. Medical Journal. 28. Mai 1898.*

Nach den Befunden an letal verlaufenen Fällen hält Verf. den Klebs-Loeffler-schen Bacillus in Reincultur für den gefährlichsten; ihm zunächst an Virulenz steht der Staphylococcus. Streptococcen finden sich stets reichlich in den Fällen, in denen die Halsdrüsen geschwollen sind, ferner bei allen Scharlachanginen. Bei der nicht-complicirten Diphtherie dagegen mit Loeffler'schen Bacillen in Reincultur fehlt meistens die Drüsenschwellung. Bei der laryngealen Diphtherie der kleinen Kinder ist der Diphtheriebacillus gewöhnlich allein anzutreffen.

Was die Behandlung anlangt, so ist das Heilserum als Specificum gegen die Symptome und toxischen Wirkungen, die der Loeffler'sche Bacillus hervorruft, anzusehen. Das Antistreptococcenserum ist noch nicht als wirksam zu betrachten, wenn auch erhebliche Fortschritte nach dieser Richtung schon gemacht sind. Gegen die Staphylococcen-Infection haben wir noch kein specifisches Mittel; unsere Therapie ist noch auf die gewöhnlichen unterstützenden und stimulirenden Mittel beschränkt. In manchen Fällen bringt Natrium salicylicum acute Staphylococcen-Infection der Tonsillen zum Stehen.

LEFFERTS.

65) **C. W. Aitkens. Zur Pathologie und Diagnose der Diphtheritis. (The pathology and diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 28. Mai 1898. Med. News. 4. Juni 1898.*

Der echte Diphtheriebacillus lässt sich durch zahlreiche Generationen fortzüchten und ist nach Monaten noch virulent. Das klinische Krankheitsbild hat keinen pathognomonischen Zug, aber genügend diagnostische Hinweise, um an die Krankheit denken und sie bacteriologisch dann nachweisen zu lassen.

LEFFERTS.

66) **Wm. Flitcroft. Bericht über einen ungewöhnlich schweren Fall von diphtheritischer Lähmung, der mit vollständiger Heilung endigte. (Report of an unusually severe case of diphtheritic paralysis which was followed by complete recovery.)** *N. Y. Med. News. 28. Mai 1898.*

Der Pat. hatte am 3. Erkrankungstage ein sehr schweres Nasenbluten, dann

während der Reconvalescenz 3 Wochen lang Eiweiss im Urin. 6 Wochen nach der Diphtherie wurde zuerst die Lähmung beobachtet. Dieselbe begann am linken Augenlid und ergriff dann in schnellem Fortschreiten das rechte Augenlid, die Schluckmuskeln und schliesslich beide untere Extremitäten. Der Knabe konnte nichts schlucken und konnte nicht gehen. Er magerte schrecklich ab.

LEFFERTS.

67) **G. G. Thornton. Membranöser Croup und Intubation. (Membranous croup and intubation.)**

Verf. hält den membranösen Croup für eine von der Diphtherie verschiedene Krankheit. Er hat nie einen Fall von Croup isolirt und doch nie etwas von Ansteckung gesehen. Das Diphtherieheilserum ist natürlich nicht anzuwenden; überhaupt hat Verf. unter allen empfohlenen Mitteln keines bewährt gefunden. Die Intubation und Tracheotomie müssen bei vorhandener Indication angewendet werden; den Vorzug giebt Verf. der ersteren.

LEFFERTS.

68) **Augustus Caillé. Die moderne Behandlung der Diphtherie und des Croups. (The modern management of diphtheria and croup cases.)** *N. Y. Medical Record. 21. Mai 1898.*

Verf. steht auf dem Standpunkt, dass nach den statistischen Erfahrungen der Jahre 1896 und 97 der Einzelne der Serumtherapie keinen Widerstand mehr entgegensetzen darf. Dem Arzt, der von dem Serum keinen Gebrauch macht, weil er „nicht daran glaubt“, sollten Diphtheriekranke nicht zur Behandlung anvertraut werden.

LEFFERTS.

69) **Krönlein. Die Erfolge der Serumtherapie bei Diphtherie. (The results of serum-therapy in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record u. N. Y. Medical News. 14. Mai 1898.*

In der Züricher Klinik wurden von 1880—94 (ohne Serum) 1336 Fälle behandelt mit 39 pCt. Mortalität, von 1894—98 (mit Serum) 437 Fälle mit 12 pCt. Mortalität. Im Canton Zürich ist die Durchschnittssterblichkeit von 16 pCt. seit 1894 auf 8 pCt. gesunken.

LEFFERTS.

70) **W. M. Donald. Das Diphtherieheilserum als Immunisirungsmittel. (Diphtheria antitoxine as an immunizing agent.)** *N. Y. Med. Journal. 21. Mai 1898.*

Der curative Werth des Serums ist wohl erwiesen, seine immunisirende Bedeutung aber bleibt noch ungewiss. Die Schwierigkeiten, die letztere zu erweisen, liegen auf der Hand. Der Verf. glaubt an die auf mindestens einige Wochen sich erstreckende Schutzkraft des Serums; er führt die Erfahrungen an, auf die er seinen Glauben stützt.

LEFFERTS.

71) **S. G. Dabney. Die Behandlung der Diphtherie (The treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 28. Mai 1898. Med. News. 4. Juni 1898.*

D. empfiehlt das Serum zu Immunisirungszwecken und zur Behandlung. Die Injection soll so schnell wie möglich, noch vor der bacteriologischen Bestäti-

gung der Diagnose, stattfinden. Die bisher bewährten anderen Mittel, wie locale Antiseptica, Calomel, Allgemeinbehandlung sollen neben dem Serum nicht vernachlässigt werden. LEFFERTS.

72) **D. C. Moriarta. Diphtheritis und Heilserum. (Diphtheria and antitoxin.)** *N. Y. Med. Journal. 23. Juli 1898.*

M. kommt zu dem Schluss, dass das Heilserum an sich unschädlich und ein wirksames Specificum gegen Diphtherie ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

73) **J. H. Lopez Ergänzender Bericht über die Serumtherapie. (Supplementary antitoxin report.)** *N. Y. Med. News. 30. Juli 1898.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass sich das günstige Urtheil über das Serum vollständig bestätigt hat; dasselbe ist ein wirksames und selbst ungiftiges Antidot gegen das Diphtheriegift. J. W. SWIFT (LEFFERTS).

74) **Redact. Notiz. Die Patentirung des Heilserum in den Vereinigten Staaten. (A patent for diphtheria antitoxin recently granted in the United States.)** *Lancet. 20. August 1898.*

Eine scharfe Kritik der Behörden in Washington, die Prof. Behring ein Patent auf das Diphtherieheilserum ertheilt haben. ADOLPH BRONNER.

75) **Kassowitz** (Wien). **Heilserumtherapie und Diphtherietod.** K. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, Sitzung vom 3. Juni 1898. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 23. 1898.*

In sehr ausführlicher Weise übt K. an der Serumtherapie scharfe Kritik. Die Arbeit, die an der Hand der Statistik zusammengestellt ist, eignet sich nicht für ein kurzes Referat. Zu diesem Vortrage sprachen ferner Schopf, Obermayer, Franz, Fränkel und Kretz, die sämmtlich über die günstigen Erfolge der Serumtherapie berichteten. CHIARI.

76) **Kinga Sato** (Nagaya-Japan). **Speichelfluss nach der Serumbehandlung der Diphtherie.** *Tokio Ijischinschi. October 1896.*

Bei 3 Fällen hat Verf. 48—54 Stunden nach der Seruminjection (Kitasato-Diphtherieserum) 1—2 Tage dauernden Speichelfluss eintreten sehen. OKADA.

77) **T. Kasahara** (Okayama-Japan). **Erster und zweiter Bericht über das Resultat der Serumbehandlung der Kinderdiphtheritis im Okayama-Hospital.** *The Chugai-Ijischimpo. 20. März resp. 5. Juli 1898.*

In dem ersten Berichte giebt Verf. Auskunft über die Resultate dieser Behandlung bei 50 Fällen verschieden schwerer Diphtherie (Rachendiphtherie 13, Kehlkopf 4, Rachen und Kehlkopf 24, Nasen und Rachen 2, Nasen, Rachen und Kehlkopf 7); er hatte 30 pCt. Sterblichkeit; in dem zweiten Berichte handelt es sich wieder um 50 Fälle (Rachen 20, Kehlkopf 10, Rachen und Kehlkopf 13, Nasen und Rachen 3, Nasen, Rachen und Kehlkopf 4). Gesammtsterblichkeit 23 pCt.

Complicationen: 2 mal Urticaria, 5 mal Albuminurie und 2 mal Arthritis.

OKADA.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

78) **J. Kraier** (Pressburg). **Ueber die Verletzungen des Halses mit besonderer Berücksichtigung der durch die Kriegswaffen erzeugten Verletzungen des Kehlkopfes und der Luftröhre und deren Behandlung.** Wissenschaftl. Verein der Militärärzte der Garnison Pressburg. — *Der Militärarzt. XXXII. Jahrgang. 15. u. 16.*

Nach den übereinstimmenden Berichten aus den Kriegen der Neuzeit machen die Halswunden nur 2 pCt. der Gesammtverletzungen aus. Eingehend erörtert K. die prophylactischen Tracheotomien, für die er folgende Indicationen angiebt:

Schwere Commotionen, Contusionen mit grösserer Beeinträchtigung der Stimmbildung und Respiration, Fracturen der Kehlkopfknorpel, Fremdkörper, sämmtliche Stich- und Schnittwunden, bei denen eine Verletzung der Schleimhaut wahrscheinlich ist. Auf dem Verbandplatze ist die prophylactische Tracheotomie auf jeden Fall auszuführen, wenn bei Schusswunden des Halses die Verletzung bis auf die Schleimhaut der Luftwege durchgegriffen hat und die Phonation oder Respiration beeinträchtigt ist.

CHIARI.

79) **R. A. Duncan** (Kneton Victoria). **Schnittwunden des Halses und ihre unmittelbare Behandlung. (Cut-throat; its immediate treatment.)** *Intercolonial Medical Journal of Australia. 20. März 1898.*

D. empfiehlt die sofortige Vernähung der Wunden. Er berichtet über einen Fall von Selbstmordverletzung, bei der die Trachea unter dem Ringknorpel fast ganz durchtrennt war. Die Trachea und auch die äussere Wunde wurden sofort vernäht und der Patient kam schnell zu vollständiger Heilung.

A. J. BRADY.

80) **W. C. T. Poole. Fall von Schussverletzung des Halses mit Ausgang in Heilung. (Case of gunshot wound of throat. Recovery.)** *Brit. Med. Journal. 2. Juli 1898.*

Die Kugel drang von der Seite her durch die Trachea. Der Kranke, der 13 Tage nach der Verletzung in Behandlung kam, wurde nach 65 Tagen vollständig geheilt aus dem Krankenhause entlassen.

ADOLPH BRONNER.

81) **H. Galt. Bericht über einen Fall von Selbstmordverletzung des Halses. (Notes on a case of suicidal cut throat.)** *British Medical Journal. 10. September 1898.*

39jähriger Mann, der sich die Verletzung mit einem grossen und breiten Messer beibrachte. Tod nach 3 Stunden, verursacht durch die Blutung.

ADOLPH BRONNER.

82) **Urbahn** (Königsberg). **Ueber Fremdkörper im Kehlkopf.** Dissert. Königsberg. 1898.

Im Anschluss an 2 Fälle von Fremdkörpern im Kehlkopf stellt U. alle in der Literatur bekannt gewordenen Fälle derart zusammen. Unter 288 Fällen

treffen auf Nadeln 35 = 12,1 pCt., Knochenstückchen 49 = 17 pCt., Fremdkörper verschiedener Herkunft 204 = 70,8 pCt. Die von U. mitgetheilten Fälle betreffen eine Stecknadel im Kehlkopf (Spitze im rechten S. Morgagni, Knopf in der linken Lig. aryepiglottica eingeklemmt) und von Knochenstückchen zwischen vorderer und hinterer Commissur eingekeilt.

SEIFERT.

83) **Kronenberg. Stenose der oberen Luftwege aus eigenartiger Ursache.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1898.*

Der erste Fall betrifft einen Knaben, bei dem mittelst Röntgenstrahlen ein Curettenhäkchen unterhalb des rechten Stimmbandes diagnosticirt wurde. Im zweiten Falle traten durch Zurückziehen der Zunge im Schlafe Erstickungserscheinungen auf, welche durch eine Maschine behoben wurden, durch welche der Unterkiefer nach vorn gedrängt wurde.

SCHECH.

84) **F. Rueda** (Madrid). **Fremdkörper im Larynx und Torticollis. (Cuerpo extrano en la laringe y torticolis.)** *Revist. de Medic. y Cirug. pract. No. 555. 1898.*

R. berichtet den Fall eines 9jährigen Knaben, welcher durch einen Zufall eine Nadel verschluckte. Der Fremdkörper wurde bei der Untersuchung in dem Winkel, den die Stimmbänder in ihrer inspiratorischen Trennung bilden, eingekeilt gefunden. Derselbe hatte inzwischen eine Torticollis hervorgerufen mit Abneigung des Kopfes nach links und bedeutender Erhebung der entsprechenden Schulter. Nach Entfernung der Nadel nahm die Torticollis nach und nach ab. Verf. ergeht sich in einigen Betrachtungen über den Ursprung der Torticollis, deren wahre Ursache aufzuklären er der Academie für Medicin, der er den Fall vorstellte, anheimstellt.

R. BOTEY.

85) **Borchmann. Ein Fall von 4monatlichem Verweilen eines Fremdkörpers in der Trachea. (Slutschai prebiwanije inorodnawo tela w trachee.)** *Dietskaje Medizina. No. 2. 1898.*

Es handelte sich um ein Sonnenblumensamenkorn, das durch Tracheotomie entfernt wurde.

P. HELLAT.

86) **Hecker. Ein Fall von Fremdkörper in der Trachea eines 2jährigen Kindes. (Slutschai inorodnawo tela w trachee 2 letnjawo rebenka.)** *Dietskaje Mediz. No. 2. 1898.*

Mittheilung im Verein St. Petersburger Kinderärzte. Durch die Tracheotomie wurde ein Ring entfernt.

Lunin demonstrirt einen Larynx, wo Croup diagnosticirt wurde. In Wirklichkeit handelte es sich aber um ein Knochenstückchen.

P. HELLAT.

87) **Moser** (Weimar). **Fremdkörper in der Luftröhre.**

Ein 70jähriger Mann hatte ein Knochenstück aspirirt, das nach etwas mehr als 14 Tagen gelegentlich eines heftigen Hustenanfalles ausgestossen wurde. M. nimmt an, dass das halbmondförmig gebogene Knochenstück auf der Theilungsstelle der Luftröhre rittlings aufgesessen hatte.

SEIFERT.

88) **Heller. Ueber Fremdkörper in den Luftwegen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1898.*

Mittheilung dreier Fälle (einmal halbgekaute Rüben in der Luftröhre, ferner ein Stück Mandel von einem Lebkuchen, den ein Kind aspirirt hatte, und ein Zwetschenkern, der im Halse stecken geblieben war) und Empfehlung der Nasenrachenspülung als bestes Mittel zur Hinausbeförderung der Fremdkörper.

SCHECH.

89) **Peyrissac. Fremdkörper in den Luftwegen. Pflaumenkern im linken Bronchus, Ausstossung ohne Tracheotomie nach intratrachealen Injectionen. (Corps étranger des voies aériennes. Noyau de prune dans la bronche gauche; expulsion sans trachéotomie, à la suite d'injections intra-trachéales.)** *Rev. hebd. de laryngol. etc. No. 1. 1. Januar 1898.*

Anschliessend an seinen Fall bespricht P. die Fremdkörper der Luftwege, ihren gewöhnlichen Sitz und ihre Behandlung.

E. J. MOURE.

90) **Peyrissac. Ein Fremdkörper in den Luftwegen. (A foreign body in the air passages.)** *N. Y. Medical Record. 23. April 1898.*

Ausstossung des Fremdkörpers ohne Tracheotomie nach intratrachealer Injection von kaltem Wasser.

LEFFERTS.

91) **Sevestre** und **Bonnus. Entfernung eines Fremdkörpers aus der Trachea mittelst einer Tube. (Removal of foreign body from the trachea by means of a tube.)** *N. Y. Medical News. 5. Februar 1898.*

Einem Kinde war eine kleine Glasperle in die Luftröhre gerathen. Es wurde eine Tube in den Larynx eingeführt und durch diese wurde der Fremdkörper bald ausgestossen. Wäre dies nicht gelungen, so sollte die Tracheotomie gemacht werden.

LEFFERTS.

92) **Felizet** (Paris). **Fremdkörper der Luftwege bei Kindern. (Corps étrangers des voies respiratoires chez les enfants.)** *Société de Chirurgie. 6. Mai 1898.*

Das Kind, dem ein Pflaumenkern in den Kehlkopf gerathen war, hatte eine Reihe von Erstickungsanfällen und zeigte Symptome von Pleuro-Pneumonie. Es starb trotz der Tracheotomie.

Verf. erinnert daran, dass bei den kleinen Kindern der Tod meist durch Glottiskrämpfe zu Stande kommt. Darum muss man in Fällen dieser Art die Tracheotomie möglichst rasch machen.

PAUL RAUGÉ.

93) **Alfred A. Lendon** (Adelaide S. Australia). **Ueber Fremdkörper in den Bronchien; mit einer Krankengeschichte. (On foreign bodies in the bronchi, with notes of a case.)** *Intercolonial Journal of Australia. 20. März 1898.*

7jähriger Knabe inhalirte einen Hemdenknopf. Die nächsten 15 Monate litt der Knabe viel, anfangs nur an Dyspnoe und Husten, später an eitrigem Auswurf und Cachexie. Anfangs wurde auf Asthma, später auf Phthise diagnosticirt. Als L. den stark heruntergekommenen Jungen sah, war die ganze rechte Lunge vorn und hinten gedämpft. L. diagnosticirte Lungenabscess oder Empyem mit Durch-

bruch in einen Bronchus. Er resecirte ein Stück der 4. Rippe in der Axillarlinie, traf aber keinen Eiter. Als L. nun die Adhäsionen zwischen Ober- und Mittellappen löste, entleerte sich etwas Eiter, und L. hatte einen Augenblick das Gefühl, als ob er durch das Lungengewebe hindurch den Fremdkörper fühle. Der assistirende College aber konnte sich nicht davon überzeugen. Bald nachdem der Knabe den Operationstisch verliess, hustete er den Hemdenknopf aus. L. ist der Ansicht, dass er den Fremdkörper bei der Operation dislocirt hat. Der Knabe genas vollständig.

Verf. bespricht im Anschluss an seinen Fall die Symptomatologie der Fremdkörper in ihren verschiedenen Stadien und giebt einen Ueberblick über die einschlägige Literatur.

A. J. BRADY.

94) **H. Swift** (Adelaide S. Australia). **Zwei Fälle von Fremdkörper in den Luftwegen. (Notes on two cases of foreign bodies in the air passages.)** *Austral. Medical Gazette. 20. April 1898.*

Fall 1 betrift ein Kind von 2 Jahren. Drei Tage nach dem Unfall wurde die Tracheotomie gemacht. Der Operateur glaubte den Fremdkörper in der Wunde zu sehen, es gelang aber nicht, ihn zu fassen. Eine Canüle wurde eingelegt. Am 5. Tage starb das Kind plötzlich in einem Hustenanfall. Oberhalb der Tracheotomiecanüle fand sich eine kleine Schraube.

Fall 2. Kind von $3^1/_2$ Jahren, mit Dyspnoe und Croupsymptomen in das Krankenhaus aufgenommen, hat vor einem Monat ein Stück Nussschale inhalirt. Es wurde die Tracheotomie gemacht, der Fremdkörper aber nicht entdeckt. 20 Tage später wurde beim Wechseln und Reinigen der Canüle der Fremdkörper durch die Wunde ausgestossen. Das Kind genas.

S. erklärt, in Zukunft bei ähnlichen Fällen nicht mehr die Canüle einsetzen zu wollen, sondern die Trachealwunde mittelst Seidenfäden, die er durch ihre Ränder legt, offen zu halten.

A. J. BRADY.

95) **A. E. Wigg** (Adelaide S. Australia). **Zwei Fälle von Fremdkörper in den Luftwegen. (Two cases of foreign bodies in the air passages.)** *Australian Medical Gazette. 20. April 1898.*

Fall 1. Knabe von 4 Jahren, der beim Essen plötzlich einen Erstickungsanfall bekommen hatte. Er wurde bewusstlos, mit schwerster inspiratorischer Dyspnoe ins Krankenhaus gebracht, wo mit möglichster Beschleunigung die Tracheotomie gemacht wurde. Es fand sich ein Knochenstück, das zwischen den Stimmbändern steckend in die Trachea hinabreichte. Dasselbe wurde entfernt, und das Kind genas. W. beschreibt seine Operationsmethode. Er fixirt Larynx und Trachea zwischen Daumen und Zeigefinger der linken Hand, incidirt zwischen beiden Fingern und geht mit ein oder zwei Messerschnitten gerade auf die Trachea los, die er, ohne sie anzuhaken, sofort anschneidet und mit einer Zange auseinanderhält. Ohne die rapide Durchführung der Tracheotomie wäre der vorliegende Fall sicher nicht gerettet worden.

Fall 2. 30jährige Frau hatte sich unter Aethernarkose mehrere Zähne ziehen lassen. Einer war der Zange entglitten und verschwunden. Seither litt

die Patientin beständig an Husten. Jeder Versuch, sich zu bewegen oder zu sprechen, verursachte einen schweren Hustenanfall. Acht Tage später trat eitriger Auswurf ein. Die Tracheotomie wurde gemacht, der Fremdkörper aber wurde nicht ausgeworfen. Die Kranke starb. Bei der Section fand sich ein linksseitiges Empyem und in einem kleinen Bronchus der linken Lunge eingekeilt ein Bicuspidalzahn. Es ist wahrscheinlich, dass in einer früheren Periode, als noch durch Bewegungs- und Sprechversuche die heftigen Hustenanfälle ausgelöst wurden, als sich der Zahn also wohl in der Trachea auf und ab bewegte, die Tracheotomie hätte Hilfe bringen können. W. fragt, wie dieser unglückliche Zufall bei der Zahnextraction in Narkose zu vermeiden sei. (Durch Operiren am hängenden Kopf, wie bei der Exstirpation adenoider Vegetationen. Ref.)

A. J. BRADY.

96) **A. J. Brady** (Sydney N. S. W.). **Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air passages.)** *Australian Medical Gazette. 20. Mai 1898.*

Verf. empfiehlt alle Zahnextractionen unter Narkose und am hängenden Kopf, also ebenso wie die Entfernung von Adenoiden im Nasenrachenraum, vorzunehmen. Auf diese Weise wird das Hinuntergleiten der Zähne und das Eindringen von Blut in die Luftwege am besten vermieden.

Autoreferat.

97) **J. C. Verco** (Adelaide S. Australia). **Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air-passages.)** *Austral. Med. Gazette. 20. Mai 1898.*

Verf. berichtet über 4 Fälle. Zwei Fälle betreffen Kinder von 3 Jahren; beide hatten einen Melonenkern inhalirt. Beim einen wurde der Kern unmittelbar nach der Tracheotomie ausgeworfen. Beim anderen wurde die Tracheotomie verweigert, und der Fremdkörper blieb über 5 Monate in den Luftwegen. Während dieser ganzen Zeit bestanden keuchhustenähnliche Anfälle von Krampfhusten. In einem derselben wurde der Fremdkörper schliesslich ausgestossen, und das Kind genas.

Fall 3 und 4 betreffen Frauen von 27 resp. 39 Jahren. Beiden war bei einer Zahnextraction unter Lachgasnarkose ein Zahn in die Luftwege gerathen. Keiner derselben hatte der Zahnarzt von dem Unfall etwas gesagt oder auch nur angedeutet. In einem Falle wurde zuerst eine Influenza diagnosticirt. Später fand sich eine Dämpfung über dem rechten unteren Lungenlappen, es trat übelriechender Auswurf ein und Anfälle von Krampfhusten beim Aufsetzen und Hinlegen. Nach 12 wöchentlicher schwerer Erkrankung wurde ein Zahn ausgehustet und die Patientin genas. Die zweite Patientin hustete 3 Wochen nach der Zahnextraction einen abgebrochenen Zahn aus. Der Fremdkörper aber hatte unterdess schon einen Lungenabscess und ein grosses Empyem entwickelt. Beim Durchbruch des Eiters wurden die Bronchien so stark überfluthet, dass die Patientin erstickte.

Bei der Discussion, die sich in der Australian Branch of the B. M. A. an V.'s Mittheilung anschloss, berichtete Martin über zwei den letzterwähnten ganz ähnliche Fälle. J. K. Hamilton glaubt, dass Kirstein's Methode der Autoskopie für das Finden und Entfernen von Fremdkörpern der Luftwege gute Dienste zu leisten vermag.

A. J. BRADY.

98) **L. E. Barrett** (Dunedin N. Zeland). **Entfernung eines Fremdkörpers aus dem linken Bronchus eines Kindes. (Removal of a foreign body from the left bronchus of a child.)** *Australian Med. Gazette. 20. Juni 1898.*

B. berichtet in einem vor der N. Zeland Branch der B. M. A. gehaltenen Vortrage über einen interessanten Fall, den er bei einem 10 Monat alten Kinde beobachtet hat. Die Tracheotomie wurde gemacht, als die Symptome des Fremdkörpers bereits 3 Tage bestanden. Von der Trachealwunde aus liess sich eine Sonde leicht in beide Bronchien führen, man fühlte bei der Bifurcation etwas Rauhes, wie Knistern. Mit der Zange oder durch Inversion des Kindes liess sich der Fremdkörper nicht entfernen. Bei einem zweiten Versuche an demselben Tage gelang es, mit einer Toynbee'schen Ohrenzange ein Stück einer Krebsscheere von 1 Zoll Länge und 1 Zoll Durchmesser aus dem linken Bronchus zu extrahiren. Die röhrenförmige Natur des Fremdkörpers hatte die Passage der Luft und auch das Einführen der Sonde ermöglicht. In der sich anschliessenden Discussion berichteten mehrere Anwesende über Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen.

A. J. BRADY.

99) **G. A. Fischer** (Adelaide S. Australia). **Fremdkörper in der Glottis 3½ Monate ohne Symptome vorhanden. (Foreign body in the glottis for three and a half months without causing symptoms.)** *Australian Medical Gazette. 20. October 1898.*

12jähriger Knabe hatte vor 3—4 Monaten eine Nadel verschluckt, dies aber, da sich keinerlei Folgen einstellten, ganz wieder vergessen, bis er jetzt durch eine kitzelnde Sensation im Halse und durch Husten wieder daran erinnert wurde. F. fand bei der Untersuchung das rechte Taschenband und den rechten Aryknorpel stark geschwollen und die Bewegungen des rechten Stimmbandes stark herabgesetzt. Ein erbsenartiger Körper lag auf dem rechten Taschenband, durchbohrt von einer Nadel, die zum grösseren Theile in dem Taschenbande steckte. Das Ganze wurde mit der Zange entfernt.

A. J. BRADY.

100) **Mager** (Wien). **Ein Fall von Broncholithiasis.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 11. 1898.*

28jährige Frau hustete in unregelmässigen Zeitintervallen verschieden grosse Concremente aus, die meist von leicht blutig tingirtem Schleim umhüllt waren. Dieselben bestanden vorwiegend aus phosphorsaurem Kalk und phosphorsaurer Magnesia und zeigten die Verästelungen der Bronchien, sodass die Annahme einer primären Broncholithiasis gerechtfertigt erscheint.

CHIARI.

101) **Fischl. Granulationsstenose nach Tracheotomie.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Octobersitzung 1897. — *Wiener med. Wochenschr. No. 3. 1898.*

Tubage, Heilung.

CHIARI.

102) **Wolkowitsch. Ueber Hindernisse bei Entfernung der Tracheotomieröhre und über die Beseitigung derselben vermittelst der Intubation. (O prepjatstwii k udaleniju tracheotomitscheskoi trubki i ob netranenii jich intubazi.)** *Letopis r. chir. 5. 1898.*

Beobachtung von 5 Fällen, in denen die Entfernung der Trachealcanüle

Suffocation hervorrief. Die Intubation beseitigte die Schwellungen viel leichter als jede Aetzung.

P. HELLAT.

103) **W. J. van Stockum** (Haag). **Tamponirende Intubation. (Tamponneerende intubatie.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. S. 178. 1898.*

Der Gebrauch der Trendelenburg'schen Tampon-Canüle ist mit Unbequemlichkeiten verknüpft, und die meisten Chirurgen benutzen dieselbe so wenig wie möglich. Wir bedürfen einer Methode, welche nicht nur während, sondern auch nach der Operation das Herabfliessen von Blut und Secreten verhindert. Dieser Anforderung entspricht die von S. erfundene Combination der O'Dwyer'schen Tube mit einem dieselbe umschliessenden Gummisäckchen, welches, nachdem die Tube eingeführt worden, aufgeblasen wird. Der Patient athmet durch die Tube, welche mit einer, gewöhnlich durch die Nase oder auch durch den Mund nach aussen correspondirenden, elastischen Röhre verbunden ist. Ein zweiter Tampon aus gepresstem Schwamm, welcher sich über dem elastischen befindet, verhindert grösstentheils das Herabfliessen von Blut während der Operation. Wenn man nach der Operation die Luft aus dem Gummi-Tampon entweichen lässt, kann die Tube einige Tage in situ bleiben. S. theilt 2 Fälle mit, welche er mit Hilfe dieses Apparates operirt hat.

H. BURGER.

104) **Wm. K. Simpson, D. Bryson Delavan, Chas. H. Knight u. a. Die Intubation. (Intubation.)** *N. Y. Medical Record. 12. März 1898. N. Y. Med. News. 19. März 1898.*

Der Artikel ist ein Resumé einer Discussion in der New York Academy of Medicine über die Intubation.

Simpson führt an, dass früher die Tube durchschnittlich 6—7 Tage liegen blieb, seit der Serumtherapie aber nur 3—4 Tage. Persönlich zog er es vor, in der Privatpraxis die Tube höchstens 5 Tage liegen zu lassen. Zweifelsohne aber kann in manchen Fällen die Tube früher entfernt werden, ohne dass es nöthig ist, sie wieder einzuführen. Hauptindicationen zur Extubation vor der Zeit sind starke Beschwerden und Druckschmerzen, schwere Hustenanfälle und plötzliche Stenosirung durch eine die Tube versperrende Membran. Dieser letztere Zufall kommt bei den mit Serum behandelten Fällen vielleicht eher vor, weil das Serum zur früheren Exfoliation der Membranen Anlass giebt.

Längere Retention der Tube: In gewissen Fällen wird die Stenose permanent und ein längeres Liegenlassen der Tube ist erforderlich. Die besten Ausführungen über diese Seite der Frage verdanken wir O'Dwyer, der in einer im vergangenen Jahre publicirten Arbeit der Ansicht Ausdruck gab, dass die Ursachen dieser Complication sich zusammenfassen lassen in dem einen Wort: Trauma. Die Verletzung des Larynx kommt durch eine schlecht passende oder unrichtig construirte, durch eine zu lange oder nicht glatte Tube oder dergl. zu Stande.

Prognose. Die Prognose der Intubation ist bei der combinirten Behandlung mit Serum und Intubation eine recht günstige. Die Heilungen betragen jetzt 27—31 pCt. gegen 59—75 pCt. der früheren Periode.

D. Bryson Delavan sprach über die Intubation bei chronischer Stenose. Die Intubation brachte Nutzen bei folgenden Zuständen: 1. bei narbiger Stenose nach Verletzungen der Weichtheile; 2. bei Einengung des Raumes oberhalb und unterhalb der Stimmbänder durch einfache, tuberculöse oder syphilitische Entzündung; 3. in Fällen von Tracheotomie, bei denen nach längerem Tragen der Trachealcanüle der obere Theil der Luftröhre sich mit Granulationen erfüllt hatte; 4. bei einer grösseren Zahl von Fällen von Papillomen des Larynx; 5. bei Deformirung des Kehlkopfs durch Traumen oder Erkrankung des Knorpelgerüsts; 6. bei Ankylose des Cricoid- und Arytaenoidgelenks oder bei Arthritis deformans dieser Gelenke; 7. bei manchen Nervenaffectionen, z. B. bei doppelseitiger Abductorlähmung. Bei allen diesen Fällen leistete die Intubation folgendes: 1. sie erleichterte die schwere Dyspnoe; 2. sie beförderte die Resorption durch den Druck; 3. sie führte zur Dehnung von Contracturen und narbigen Zügen und Verwachsungen; 4. sie bewirkte eine forcirte Bewegung der ankylotischen Gelenke; 5. sie ermöglichte in den Fällen von Lähmung das Auseinanderweichen der Stimmbänder für eine genügend lange Zeit, bis die Behandlung, soweit dies überhaupt möglich, des Grundleidens Herr wurde.

Charles H. Knight behandelte die Intubation bei acuter Stenose. Die vorzüglichen Resultate der Intubation bei Diphtherie haben den Werth dieser Behandlungsmethode für andere acute Stenosen in den Hintergrund treten lassen. Die Scarification reicht nicht immer aus, um das Glottisoedem zu heilen. Hier ist die Intubation der ideale Eingriff. Nur ist eines zu beachten, dass nämlich das Oedem so ausgebreitet sein kann, dass es das eine oder andere Ende der Tube überschreitet und so deren Oeffnung verschliesst. Freilich ist der obere Theil des Larynx, der am meisten vom Oedem bevorzugt ist, dem Messer am besten zugänglich. Ein hervorragender Autor hat für die Intubation folgende Indicationen aufgestellt: 1. Glottisspasmus aus irgend einer Ursache. 2. Schwere Fälle von Laryngismus bei Kindern. 3. Verdacht auf Fremdkörper in der Trachea. 4. Athemnoth nach Traumen des Larynx, bedingt durch Haematom, Empyem u. dergl. Redner selbst hat die Intubation erst in einem Falle von Spasmus laryngis vorgenommen. Bei Laryngismus stridulus kommt man mit allgemeiner oder localer Medication meist aus, so dass selten die Frage des chirurgischen Eingriffs an den Arzt herantritt.

LEFFERTS.

105) **Rabot. Die Intubation des Kehlkopfs. (De l'intubation du larynx.)** *Journ. de méd. de Paris. 13. Februar 1898.*

R. bespricht in ausführlicher Weise die Technik der Intubation, ihre Indicationen und die Zufälle, zu denen sie Anlass geben kann. 4mal unter 300 Fällen wurden Convulsionen beobachtet, die sofort zum Stillstand kommen, sobald man an dem Faden der Tuben zieht. In solchen Fällen müssen die Kinder tracheotomirt werden. Ulcerationen an den Stimmbändern sah R. nie; 4mal beobachtete er Adenophlegmonen unter der Thyroidea. Kehlkopfkrampf nach der Extubirung ist häufig und kann wochenlanges Fortsetzen der Tubage nöthig machen.

A. CARTAZ.

106) **Chas. L. Greene. Die Intubation des Kehlkopfs und der Brechakt. (Laryngeal intubation and the act of vomiting.)** *N. Y. Med. Journal. 1. Jan. 1898.*

G. giebt von Neuem der Meinung Ausdruck, dass die Aufhebung der Fähigkeit, den Athem anzuhalten, auch die Möglichkeit des wirklichen Erbrechens aufhebt. Brechbewegungen können gemacht werden, doch wird nichts aus dem Magen ausgeworfen. G. wiederholt seinen Vorschlag, in verzweifelten Fällen von unstillbarem Erbrechen die Intubation des Kehlkopfs vorzunehmen. Er empfiehlt dazu eine besondere Tube, da die O'Dwyer'sche diesem besonderen Zwecke nicht ganz entspricht. G. hatte, seit er auf den eben entwickelten Gedanken kam, noch keine Gelegenheit, ihn zu erproben; er sah seither noch keinen Fall von Erbrechen, der nicht auf weniger heroische Mittel hin zum Stehen gekommen wäre. Er berichtet aber über Versuche von Wilcox, der Hunde intubirte, dann ihnen Apomorphin injicirte, den Rachen kitzelte u. s. w. Sobald die Tube entfernt war, erbrachen die Thiere heftig; bis dahin kamen Würgbewegungen zu Stande, doch nicht der Effect des Erbrechens. Wilcox betont auch, dass er niemals Erbrechen sah, wenn die Tracheotomie ausgeführt war. Green fragt die Praktiker, ob sie bei Intubirten oder Tracheotomirten je Erbrechen sahen. LEFFERTS.

107) **Edwin Rosenthal. Die modificirte O'Dwyer'sche Tube. (The modified O'Dwyer tube.)** *N. Y. Med. Record. 9. April 1898.*

R. bestreitet, dass O'Dwyer der Erfinder der Intubationsröhre aus Hartgummi war. LEFFERTS.

108) **Walter L. Carr. O'Dwyer- und Fischer-Tuben. (The O'Dwyer and Fischer tubes.)** *N. Y. Med. Record. 30. April 1898.*

Gegenüber einer Mittheilung von Edwin Rosenthal, der es im Med. Record vom 9. April „als Pflicht gegen den Lebenden, wie gegen den Todten" bezeichnet, festzustellen, dass die Erfindung der Hartgummi-Tube auf Louis Fischer und nicht auf den verstorbenen O'Dwyer zurückzuführen ist, stellt Verf. die durchaus selbstständigen, auf anatomischen Untersuchungen basirenden Verdienste O'Dwyer's fest, welche irgend welche Prioritätsansprüche Fischer's an die Hartgummitube nicht zu schmälern vermögen. LEFFERTS.

109) **Louis Fischer. Die O'Dwyer'schen und die Fischer'schen Tuben. (The O'Dwyer and Fischer tubes.)** *N. Y. Med. Record. 11. Juni 1898.*

Von rein localem Interesse. LEFFERTS.

110) **Sabrazès** und **Cabannes. Tracheocele im Anschluss an eine Suspension. (Trachéocèle consécutive à une séance de suspension.)** *Gaz. hebd. des Scienc. Med. No. 39. 25. September 1898.*

Der Unfall betraf einen 65jährigen Tabiker, der gleichzeitig tuberculös war. Nach einer Suspension, die ziemlich stark zubemessen war, trat an der linken Seite des Halses ein Tumor auf, der sich auf einen minimalen Umfang eindrücken lässt. Nach der Aussage der Verff., ist dies der einzige derartige Unfall, der bei der Suspensionsbehandlung vorgekommen ist. E. J. MOURE.

111) **H. Koschier** (Wien). **Ein Beitrag zur Kenntniss der Trachealtumoren.** *Wiener med. Wochenschr. No. 35. 1898.*

Es handelt sich um ein Carcinoma cylindromatosum unterhalb des rechten Stimmbandes bei einer 40jährigen Frau. Unterhalb dieses Tumors sass ein zweiter von derselben Beschaffenheit. Die Trachea ist bis auf einen kleinen Spalt verengt. Nach vorhergegangener Cocainisirung wurde mit einem von Professor Störk für diesen Fall eigens construirten Instrument (scharfer Löffel mit nach abwärts schneidender Kante, welcher an einem mit einer entsprechenden Krümmung versehenen starren Stahlstabe angelöthet ist) der Tumor in einigen Sitzungen entfernt. In Fällen, in denen eine Radicaloperation ausgeschlossen ist, hält K. dieses von Störk angegebene Instrument für ganz vorzüglich. CHIARI.

f. Schilddrüse.

112) **Herman Munk. Zur Lehre von der Schilddrüse.** *Virchow's Arch. Bd. 150. p. 271.*

M. berichtet über seine fortgesetzten Versuche an Affen, Hunden, Kaninchen und Katzen, deren Resultate ihn auf seiner früheren, der herrschenden Lehre von der Bedeutung der Thyreoidea entgegengesetzten Anschauung beharren lassen. Er sucht in ausführlichen Darlegungen zu erweisen, dass die Schilddrüse ein lebenswichtiges Organ nicht ist; dass ebensowenig nach ihrem Verluste Producte des normalen Stoffwechsels, welche das Centralnervensystem angreifen, eine Vergiftung herbeiführen; dass die nach der Schilddrüsenexstirpation bisweilen am Thier beobachtete Cachexie gar nicht durch den Ausfall der Drüse bedingt ist und auch durch die künstliche Zufuhr von Schilddrüsensubstanz weder verhütet noch beseitigt wird. F. KLEMPERER.

113) **Max Leonhardt** (Breslau). **Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung der Schilddrüse für das Wachsthum im Organismus.** *Virchow's Arch. Bd. 149. p. 341.*

Verf. zieht aus seinen Untersuchungen an jungen Hunden und Kaninchen, denen er die Thyreoidea exstirpirte, den Schluss: dass das Wachsthum und die normale Beschaffenheit des Skeletts unter dem thyreopriven Zustande erheblich leiden, die grossen Unterleibsdrüsen (Leber und Niere) aber durch den Eingriff der Thyreoidectomie weder an Wachsthums- noch an Recreationskraft Einbusse erfahren. Die Hypophysis erfährt nach Entfernung der Schilddrüse fast regelmässig eine Volumenszunahme, die wesentlich auf Zellvergrösserung, in geringerem Maasse nur auf Zellvermehrung beruht. F. KLEMPERER.

114) **E. v. Zyon. Physiologische Beziehungen zwischen den Herznerven und der Schilddrüse.** *Centralbl. f. Physiol. No. 8. 1898.*

Bei Kaninchen, Hund und Pferd erzeugt die Reizung der dritten Wurzel des N. depressor auf reflectorischem Wege eine starke Senkung des Blutdrucks mit Beschleunigung der Herzschläge. Die vom N. laryng. sup. herkommende Wurzel

des N. depressor dient hauptsächlich zur Verbindung des Herzens mit der Schilddrüse und gestattet ersterem direct einen Einfluss auf die Function der Schilddrüse.

Das Baumann'sche Jodothyrin, direct in die Blutcirculation eingeführt, beeinflusst in hohem Grade die Nerven des Herzens und die Gefässe, besonders den N. depressor. Diese Beziehungen erklären in ungezwungener Weise die Entstehung der Basedow'schen Krankheit.

A. ROSENBERG.

115) **E. v. Zyon. Ueber die Beziehungen der Schilddrüse zum Herzen. Zweite Mittheilung.** *Centralbl. f. Physiol. No. 11. 1898.*

Die von den Laryngei zur Schilddrüse verlaufenden Nerven enthalten machtvolle gefässerweiternde Fasern. Die Erregungen derselben werden der Schilddrüse vom Herzen direct durch die Nn. depressor und die Rr. cardiaci der Nn. recurrentes zugeleitet.

Vom Gangl. cerv. sup. erhält die Schilddrüse gefässverengernde Fasern.

Das von ihr gebildete Jodothyrin vermag die Erregbarkeit der Depressoren und Vagi erheblich zu steigern.

Bei gewissen Schilddrüsenerkrankungen, namentlich bei Cachexia strumipriva, beobachtet man bei Thieren eine bedeutende Verminderung in der Erregbarkeit der Depressoren und Vagi, die durch Jodothyrin wieder gehoben wird. — Die Exstirpation der Schilddrüse steigert die Erregbarkeit der Nn. accelerantes und der sympathischen gefässverengernden Fasern.

Mehrmals wurde 48 Stunden nach Schilddrüsenexstirpation Exophthalmus und Pupillenerweiterung von Z. bei seinen Versuchsthieren beobachtet.

Die erregende Wirkung des Jodothyrin auf die Depressoren und Vagi rührt nicht vom Jod her.

A. ROSENBERG.

116) **W. Lindemann. Ueber das Verhalten der Schilddrüse beim Icterus.** *Virchow's Archiv. Bd. 149. p. 202.*

Verf. untersuchte die Schilddrüsen mehrerer an tödtlichem Icterus verstorbener Menschen und constatirte eine in mächtigem Anwachsen der Füllung der Lymphbahnen zum Ausdruck kommende Steigerung der Colloidsecretion. Verf. sieht darin eine Bekräftigung der Anschauung, dass die Schilddrüse eine antitoxische Function besitzt. Bei Undurchgängigkeit des Choledochus und Ueberladung des Blutes mit Giften wird diese zu erhöhter Arbeit angeregt.

F. KLEMPERER.

117) **Rivière. Schilddrüsentherapie und Genitalfunctionen. (Thyreoid medication and the genital functions.)** *N. Y. Med. Journal. 7. Mai 1898.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von Gichtikern von 36 resp. 40 Jahren, die eine Zeit lang Thyroidtabletten zur Minderung ihrer Fettleibigkeit nahmen und dabei vollkommen impotent wurden. Auf der anderen Seite hat Dr. Polosson 2 Fälle von hartnäckiger Amenorrhoe mit Erfolg durch Schilddrüsensubstanz behandelt.

LEFFERTS.

118) **Mossé** und **Cathala** (Toulouse). **Angeborener Kropf bei einem Säugling geheilt durch Schilddrüsenernährung der stillenden Mutter. (Goitre congénital**

guéri chez un nourisson par l'alimentation thyroidienne de la nourrice.) *Acad. de Médecine. 12. April 1898.*

Dreimonatliches Kind mit einem angeborenen zweilappigen Kropf, genährt von der Mutter, die ebenfalls einen Kropf hat. Die Mutter bekam täglich zwei Thyroidintabletts, entsprechend etwa 1,50 g der Schilddrüse.

Weder bei der Mutter, noch bei dem Säugling traten Symptome von Thyroidismus auf. Der Kropf der Mutter zeigte bald eine Abnahme, bei dem Kind war die Kropfgeschwulst nach 4 Monaten vollständig verschwunden.

PAUL RAUGÉ.

119) **Franz Limacher** (Flühli). **Ueber Blutgefässendotheliome der Struma; mit einem Anhang über Knochenmetastasen bei Struma maligna.** *Virchow's Arch. Bd. 151. Suppl. p. 113.*

Verf. giebt eine ausführliche Beschreibung zweier Fälle von Struma nodosa, die insofern eine Seltenheit darstellen, als ihr Ausgangspunkt das Endothel der Blutgefässe ist. Beim ersten ist nur das Endothel der Capillaren in Wucherung begriffen, beim zweiten ist auch das der Venen betheiligt. Die Entwicklung beider Tumoren ist eine verschiedenartige; der erste gleicht mehr einem reticulären oder alveolären Sarcom, der zweite hat den Bau einer cavernösen Geschwulst.

Anlässlich einer Metastase im Sternum, die er bei seinem ersten Fall beobachtet, giebt Verf. im Anhang seiner Arbeit eine Zusammenstellung über die Häufigkeit der Knochenmetastasen bei Struma maligna.

F. KLEMPERER.

120) **Bufnoir** und **Milian. Epitheliom der Schilddrüse in die Trachea eindringend. (Epitheliome du corps thyroide ayant pénétré dans la trachée.)** *Soc. anatom. Paris. 1. April 1898.*

52jährige Frau, in das Krankenhaus aufgenommen wegen Erstickungsanfällen, die durch einen die Luftröhre comprimirenden Tumor der Schilddrüse bedingt sind. Es besteht keine Stimmbandlähmung. Die Pat. stirbt plötzlich in einem Anfall von Dyspnoe am Morgen vor der beabsichtigten Operation.

Die Section ergiebt einen orangengrossen, harten, weisslichen Tumor der Schilddrüse, der mit den benachbarten Organen nicht verwachsen ist; keine Drüsenschwellung. Die Trachea ist in einer Ausdehnung von 3—4 cm perforirt; von dem Tumor ausgehende Vegetationen verschliessen einen grossen Theil ihres Lumens.

A. CARTAZ.

121) **Pfeiffer** (Eichelsbach). **Struma maligna (sarcomatosa).** Dissert. Würzburg 1898.

Exstirpation einer malignen Struma (Schönborn), welche den Rachen comprimirt hatte und mit der seitlichen Pharynxwand und mit dem Cartilago thyreoidea verwachsen war. Tracheotomie nach der Exstirpation. Tod nach 2 Tagen an Schluckpneumonie. Anatomische Diagnose: kleinzelliges Rundzellensarcom.

SEIFERT.

122) **Vignard** (Lyon). **Die Durchschneidung des Sympathicus. (Section du sympathique.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 10. Februar 1897.*

V. stellt die 6. von Jaboulay operirte Kranke vor, eine Frau, die seit

2—3 Jahren an Exophthalmus, Zittern und Tachycardie gelitten, aber keinen äusserlich sichtbaren Kropf hatte. Da die interne Behandlung ohne Resultat geblieben war und die Symptome an Schwere zunahmen, durchschnitt Jaboulay am 26. Januar beiderseits den Halssympathicus und entfernte beiderseits das obere Halsganglion.

Bei der Operation wurde von hinter dem Sternocleidomastoideus vorgegangen, wobei besser, als auf jede andere Weise, die grossen Gefässe und der Vagus geschont werden.

Das von den Nerven resecirte Stück betrug über 2 cm. Sogleich nach dem Nervenschnitt traten die Bulbi in die Augenhöhlen zurück und die Pupillen contrahirten sich. Die Operationswunde verheilte per primam. Das Zittern hat erheblich nachgelassen. Der Puls ist von 110 auf 95 gefallen, bisweilen beträgt er 105; doch fehlen die Anfälle von Palpitation vollständig. Auch der nervöse Reizzustand ist wesentlich geringer geworden.

PAUL RAUGÉ.

123) **R. H. Fitz. Ein Fall von Myxoedem mit Albumosurie behandelt mit Schilddrüsenextracten. (A case of myxoedema and albumosuria. Treatment with thyroid extracts.)** *N. Y. Med. Record. 14. Mai 1898.*

Verf. macht auf die Albumosurie besonders aufmerksam, da Albumen sich häufig bei Myxödem findet und Albumosurie leicht für Albuminurie gehalten werden kann. Salpetersäure gab einen Niederschlag in dem Urin, der beim Erhitzen verschwand, aber beim Erkalten wiederkehrte. Weiter ist an F.'s Fall interessant, dass das Thyroidextract nur vorübergehend Besserung brachte; das Mittel ist also bei Myxödem keineswegs unfehlbar.

LEFFERTS.

124) **Korsakow. Fall von Myxoedem im frühen Kindesalter. (Slutschai mixedema w rannem dietskom wosraste.)** *Dietsk. Med. No. 2. 1898.*

Mittheilung eines Falles im Alter von 7 Monat. Das Thyreodin brachte in 4—5 Tagen eine sichtliche Besserung zu Wege.

P. HELLAT.

125) **Russow. Fall von Myxoedem bei einem $2^1/_2$jährigen Mädchen. (Slutscha slisistowo oteka y $2^1/_2$ letnei diewotschki.)** *Bolnitsch. Gazeta. No. 35. 1898*

Das Kind wurde im Krankenhause 211 Tage beobachtet. Die Schilddrüsenpräparate wirkten sehr günstig. Tod nach Masern. Die Schilddrüse ist rudimentär vorhanden.

P. HELLAT.

126) **Henry Koplik und andere. Die schliesslichen Resultate der Thyroidtherapie bei sporadischem Cretinismus. (The ultimate results of thyroid treatment in sporadic cretinism.)** *N. Y. Med. Record. 2. April 1898.*

In der Sitzung der New York Academy of Medicine vom 17. März 1898 wurde die Frage der Schilddrüsenbehandlung bei sporadischem Cretinismus erörtert. Es wurde ausgeführt, dass es sich in manchen Fällen um Brachycephalen handelt und dass Hydrocephalus und Cretinismus fälschlicher Weise oft zusammengeworfen werden. Nur bei reinem Cretinismus ist ein Erfolg zu erwarten, und zwar wirkt am besten die Drüse selbst. Die Zukunft dürfte daher der Schilddrüsentransplantation gehören.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

127) **Michel Gangolphe** (Lyon). **Die digitale Exploration des Oesophagus in seiner ganzen Länge. (De l'exploration digitale de l'oesophage dans toute sa longueur.)** *Société de chirurgie de Lyon. 17. Mai 1898.*

G. nahm die Idee von Richardson, das Oesophagusrohr durch eine Combination von äusserer Gastrotomie und Oesophagotomie zu exploriren, wieder auf und operirte an 22 Cadavern in der Weise, dass er

1. eine weite Gastrotomie machte, welche die Einführung der ganzen Hand in den Magen ermöglichte, und
2. die Oesophagotomie externa so tief als möglich vornahm.

Er kam dabei zu dem Resultat, dass bei Menschen von kleinem Wuchs die beiden von oben und unten her eingeführten Finger leicht in Berührung kommen.

Bei weniger günstigen Verhältnissen bleibt ein inexplorabler Raum, der aber 7 cm nicht überschreitet.

Die Chance, dass man einen Fremdkörper von einiger Länge mit dem einen oder dem anderen Finger erreicht, ist demnach eine grosse.

PAUL RAUGE.

128) **Kirstein** (Berlin). **Ueber Oesophagoskopie.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 27. 1898.*

Verf. bezeichnet die von Mikulicz erfundene Methode der Oesophagoskopie als eine geniale, nicht so sehr ihrer Nützlichkeit halber, die an die der Laryngoskopie, der Ophthalmoskopie, ja selbst der Cystoskopie nicht heranreiche, sondern weil sie etwas durchaus Neues, Eigenartiges enthält, nämlich die Entdeckung und Nutzbarmachung der Thatsache, dass sich fast bei jedem Menschen ein gerades, bequemsten Durchblick gestattendes Rohr (sanft oder unsanft) in die Speiseröhre einführen lässt. Die Methode Mikulicz's ist später wesentlich vervollkommnet worden durch Hacker, und Rosenheim hat sich für ihre Popularisirung ein unbestreitbares Verdienst erworben.

Auch der Verf. ist durch die Mittheilungen Rosenheim's angeregt worden, sich mit der Oe. zu befassen. Er ist dabei in Betreff der Oesophagoskopirbarkeit normaler Individuen zu interessanten Ergebnissen gelangt, die er an anderer Stelle so präcisirt hat: die Oesophagoskopirbarkeit ist eine Function der Autoskopirbarkeit.

Bezeichnet man nämlich den Eindruck des Oesophagoskops in die Zunge als Tubusrinne, den des Spatels als Spatelrinne, so ergiebt sich: Liegt die Tubusrinne weit ausserhalb der Spatelrinne (d. h. auf dem Medianschnitt mit einem nach hinten offenen Winkel, dessen vorderen Schenkel das Spatelblatt bildet. D. Ref.), so gelingt die Oe. spielend leicht. Fällt die Tubusrinne mit der Spatelrinne ungefähr zusammen, so gelingt die Oe. noch ohne besondere Schwierigkeit. Kreuzt sich die Tubusrinne mit der Spatelrinne, so ist die Oe. ohne Gewaltanwendung unmöglich. Alles das bezieht sich auf die mediane Oesophago-

skopie, d. h. die, bei der das Oesophagoskop in der Mediane des Zungenrückens liegt.

In manchen Fällen, wo die mediane Oe. misslingt, führt die laterale Oe. zum Ziele. — Verf. untersucht am sitzenden Pat., gewöhnlich ohne Cocainisirung, unter Leitung des Auges, indem er sich bei guter Beleuchtung den Eingang der Speiseröhre mit dem Zungenspatel freilegt.

ZARNIKO.

129) **Merkel** (Stuttgart). **Ueber Oesophagoskopie.** *Med. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 34. 1898.*

M. berichtet über 4 Fälle, bei welchen er die Oesophagoskopie mit dem von Rosenheim angegebenen Instrument vornahm: 1. Fall von Oesophagismus; 2. Fall von Fremdkörper (Haken), der aber offenbar schon tiefer geglitten war, da weder durch Oesophagoskopie, noch durch Röntgenstrahlen ein solcher aufgefunden werden konnte; 3. Verletzung der Speiseröhre durch ein Knochenstück; 4. Carcinom der Speiseröhre. Laminariastifte unter der Leitung der Oesophagoskopie durch die verengte Stelle eingeführt, brachten immer für einige Zeit Erleichterung des Schluckens.

SEIFERT.

130) **Kuhn** (Kassel). **Die Priorität der Sondirung von Oesophagus, Magen und Eingeweiden mittelst der Spiralsonden.** *Centralbl. f. innere Med. 30. 1898.*

Nicht weiter von Interesse.

SEIFERT.

131) **v. Hacker** (Innsbruck). **Ueber Fremdkörper im Oesophagus und deren Entfernung mittelst der Oesophagoskopie.** Wissenschaftl. Aerztegesellschaft in Innsbruck, Sitzung vom 23. April 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 21. 1898.*

Demonstration mehrerer Fremdkörper aus dem normalen oder verengten Oesophagus mittelst des Oesophagoskops. Erörterung der das Leben unmittelbar bedrohenden Symptome, des häufigsten Sitzes der Fremdkörper. Nähere Besprechung einiger der interessantesten Fälle.

CHIARI.

132) **G. Heaton. Drei Fälle von Fremdkörper in der Speiseröhre. (Three cases of foreign bodies in the oesophagus.)** *Brit. Med. Journal. 4. Juni 1898.*

Fall 1 betrifft einen Knaben, der ein kleines Pfeifchen verschluckte. Dasselbe liess sich mit der Zange nicht entfernen und es wurde am nächsten Tage an der linken Seite die Oesophagotomie gemacht. Der Knabe genas. In den beiden anderen Fällen handelt es sich um Kinder von 13 und 18 Monaten, die Münzen verschluckt hatten. In einem Falle wurde das Geldstück mit dem Münzenfänger, im anderen mit der Zange entfernt. In allen 3 Fällen wurde mit Nutzen der Skiagraph angewendet.

ADOLPH BRONNER.

133) **K. S. Górski** (Odessa). **Seltener Fall von Oesophagotomie zur Extraction eines Fremdkörpers.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 25. 1898.*

Ein 6jähriges Mädchen verschluckt beim Spielen einen Angelhaken, der ältere, den Angler darstellende Bruder zieht die Schnur an und hakt ihr den Haken in die Speiseröhrenwand fest hinein. Am 7. Tage wird sie sehr abge-

magert (sie hatte die letzten 4 Tage nichts schlucken können) mit starker linksseitiger Schwellung am Halse ins Odessaer städtische Spital gebracht. G. findet bei der Oesophagotomie den Haken und kneift ihn ab. Beim Zurückziehen der Schnur folgt der daransitzende Rest nicht. Wie sich herausstellt, war der Haken ein doppelter, von dem die eine Hälfte noch festsitzt. Nach Entfernung des Stückes glatte Heilung. Pat. wird am 18. Tage entlassen. ZARNIKO.

134) **Feige** (Niesky). **Fremdkörper im Oesophagus.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 27. 1898.*

35jähriger Arbeiter verschluckt einen Knochen. Am andern Tage geht F. zuerst mit einem Grätenfänger, darauf mit einem Münzenfänger ein und entfernt durch forcirten Zug ein 5 cm langes, $2^1/_2$ cm breites, plattes Knochenstück.

ZARNIKO.

135) **J. Anderson. Spastische Oesophagusstrictur. (Spasmodic stricture of the oesophagus.)** *Brit. Med. Journ. 25. Juni 1898.*

Verf. hatte einen Anfall der Krankheit in Westindien und hat dort mehrere andere Fälle beobachtet. Alle waren mit Malaria verbunden und wurden durch Tct. Belladonnae und Liquor arsenicalis geheilt. ADOLPH BRONNER.

136) **J. R. Russell. Diagnose und Behandlung der spasmodischen Oesophagusstrictur. (Diagnosis and treatment of spasmodic stricture of the oesophagus.)** *Brit. Med. Journ. 4. Juni 1898.*

Strictur des Oesophagus durch Muskelkrampf, nahe der Cardia des Magens, ist nicht so selten. Verf. berichtet über 6 Fälle. Der erste Fall wurde dadurch geheilt, dass ein Ballon durch die Strictur geführt und dann aufgeblasen wurde. Fall 2 besserte sich nicht und der Patient ernährte sich 6 Jahre lang durch die Magenpumpe. Fall 3 wurde durch dilatirende Bougies geheilt, der 4., 5. und 6. Fall mit Hilfe des Jaques'schen Dilatators. In den meisten Fällen dieser Art kann man die Strictur mit der Magensonde nicht fühlen. In allen Fällen von anhaltendem Erbrechen, das nicht durch Magenkrankheit erklärt ist, soll man auf Strictur Acht haben. ADOLPH BRONNER.

137) **J. W. Moore. Krebs des Oesophagus mit secundären Geschwülsten, welche die Trachea und die rechte Art. subclavia perforirten. (Cancer of the oesophagus with secondary growths perforating the trachea and right subclavian artery.)** *Dublin Med. Journal. Mai 1898.*

Die gesammten Symptome sprachen für ein Aneurysma des Aortenbogens; bei der Section fand sich eine krebsige Geschwulst des Oesophagus, die rings um die Art. anonyma gelegen war. A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

138) **Garré. Resection des Oesophagus. (Resection of the oesophagus.)** *N. Y. Med. Record. 14. Mai 1898.*

G. berichtet über 3 Fälle, in denen er Stücke vom oberen Theile des Oeso-



phagus reseciren musste. In einem Falle wurde die hintere Wand des Larynx mit entfernt, aber die Schleimhaut desselben wurde erhalten und zur Vorderwand des neuen Oesophagus verwerthet.

LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) American Laryngological Association.

Neunzehnte Jahresversammlung, abgehalten in Washington, D. C., am 4. bis 6. Mai 1897.

Vorsitzender: Dr. Charles H. Knight (New-York).

Erster Tag. — Dienstag, 4. Mai.

Der Vorsitzende lenkt in seiner Eröffnungsansprache die Aufmerksamkeit auf die Nothwendigkeit grösserer antiseptischer Cautelen bei der klinischen Thätigkeit. Von gleicher Bedeutung ist die locale, wie die allgemeine Antisepsis. Eine vollkommene Asepsis kann in der nasalen Chirurgie unerreichbar sein und wenn nur die gewöhnliche Drainage in voller Ordnung functionirt, ist sie vielleicht auch unnöthig.

Viel discutirt in neuerer Zeit ist die Frage nach der Bedeutung des Laryngoskops für die Singstimme und den Gesangunterricht. So viel Rühmens auch davon gemacht ist, hat der Spiegel doch schwerlich mehr erreicht, als dass er die auf andere Weise erlangte Einsicht bestätigt hat.

Die bemerkenswerthe Entdeckung Röntgen's verspricht auch dem Specialgebiete der Laryngologie vielen Nutzen. Bisher schon ist zweifellos, dass sie der Localisirung von Fremdkörpern, der Bestimmung der Grösse von Tumoren und malignen Infiltrationen dient.

James E. Newcomb (New-York): Guajacol als locales Anaestheticum bei kleineren Nasen- und Hals-Operationen.

Das Cocain ist im Allgemeinen ein ideales Anaestheticum; aber bisweilen folgen seiner Anwendung störende und sogar gefährliche Erscheinungen und daher arbeitet man beständig daran, einen Ersatz für dasselbe zu finden. Eucain und Tropocain wurden versucht und werden noch weiter geprüft. Ganz neuerdings ist Guajacol für diese Zwecke empfohlen worden. Laurens (Paris) hat es in einer Lösung von Olivenöl angewendet und er berichtet über recht ermunternde Resultate. In der kleinen Chirurgie des Ohres (Paracentese des Trommelfelles; Incision von Furunkeln des äusseren Gehörganges) reichte die Guajacolanästhesie aus. In der Nase, die in der gewöhnlichen Weise durch Spray und Tampons

anästhesirt wurde, konnten die unteren Muscheln ohne jede unangenehme Empfindung cauterisirt werden. Desgleichen wurden Polypen mit der kalten und sogar mit der heissen Schlinge und Spinen des Septums ohne Schmerzen mittelst der Säge entfernt. Die Gewebe retrahiren sich nicht, wie bei der Cocaineinwirkung; deshalb kann das Guajacol zum Zwecke der genaueren Inspection oder zur Auffindung sensitiver Stellen in Fällen von vermutheter Reflexneurose das Cocain nicht ersetzen.

Im Rachen kann die Application der Guajacollösung schwere Reflexbewegungen verursachen; aber man erreicht doch eine ausreichende Anästhesie, um umfangreiche Granulationen cauterisiren und starke Mandeln entfernen zu können. Im Kehlkopf wird das Mittel nur unvollständig resorbirt und die Anästhesie, die erreicht wird, ist nicht befriedigend.

Geronzi hat Laurens' Versuche mit einer Lösung von Guajacol in Alkohol wiederholt. Diese Lösung ist handlicher zum Gebrauch; ihre anästhesirende Kraft aber ist kaum eine andere, als die der öligen Lösung. Geronzi's Resultate decken sich mit denen von Laurens.

S. W. Langmaid (Boston): Submucöse Blutung der Stimmbänder.

Redner berichtet über 5 Fälle. In sämmtlichen trat die Blutung an der Vereinigungsstelle des vorderen mit dem mittleren Drittel des Stimmbandes auf. 4mal betraf die Blutung das rechte, 1mal das linke Stimmband, 4mal männliche Patienten, 1mal eine Frau. Alle 5 Patienten gebrauchten beruflich ihre Stimme, 4 als Sänger, 1 als Schauspieler. In allen Fällen war eine Stimmanstrengung die Ursache der Blutung: dieselbe trat plötzlich mit Heiserkeit, Beschränkung der hohen Töne und Unfähigkeit zu singen ein. In allen Fällen wurde völlige Heilung erzielt und die Stimme erhielt ihre alte Kraft wieder. Stets bestanden Zeichen früheren Kehlkopfcatarrhs. Der Vorgang konnte so gedeutet werden, dass die durch den catarrhalischen Zustand angegriffenen Muskeln eine besondere Ueberanstrengung nöthig hatten, um die geeignete phonatorische Stellung zu erzielen. Dabei kam eine Congestion zu Stande und eine Gefässruptur folgte. Gewöhnlich werden solche Fälle mit fehlerhafter Stimmanstrengung in Zusammenhang gebracht; aber es konnte keineswegs immer eine falsche Gesangsmethode angeschuldigt werden; das Ereigniss kann vielmehr bei Künstlern von vollendetster Technik vorkommen. Der Vorfall stellt thatsächlich eine laryngeale Apoplexie dar. Die Behandlung besteht in Ruhe. Zur Unterstützung dienen locale Adstringentien, Strychnin innerlich und später intralaryngeale Galvanisirung.

A. Coolidge jr. (Boston): Hysterische Dysphagie.

Das Leiden wird bisweilen mit dem Oesophaguskrampf oder Oesophagismus zusammengeworfen, der durch locale Erkrankung der Speiseröhre, durch Hirn- oder Vaguserkrankung, durch reflectorische Einflüsse von anderen Organen her, durch verschiedene Medicamente, durch Seekrankheit oder Hydrophobie bedingt sein kann. In der Abtheilung des Massachusetts General Hospital für Nasen- und Halskrankheiten kommt nach Ausweis der statistischen Berichte hysterische Dysphagie nur 1mal unter 500 Fällen vor. Das Leiden ist häufiger bei Frauen als



bei Männern, wird aber auch bei kleinen Kindern beobachtet. Es kommt bisweilen bei Schwangerschaft vor und kann durch Erregungszustände verursacht werden. In allen derartigen Fällen kann die Schlundsonde gut passiren. Die Symptome, über die im allgemeinen geklagt wird, sind Schmerz, ein Gefühl von Zusammenschnürung und die Empfindung eines Fremdkörpers. Der Ausbruch der Krankheit ist ein plötzlicher; er kann zusammenhängen mit der vorübergehenden Anwesenheit eines Fremdkörpers im Halse, der dann später in den Magen hinabgeglitten ist. Die Krankheit kann auch durch pharyngeale oder tonsilläre Affectionen hervorgerufen sein. Häufig magern die Patienten ab. Regurgitation ist selten. Die Auscultation vermag im allgemeinen keinen diagnostischen Anhalt zu geben. Die laryngoskopische Untersuchung kann gewisse von den angeführten Ursachen zur Ansicht bringen. Oft zeigen die Fälle einen Nachlass der Symptome. Der Verschluss des Oesophagus scheint oft im ersten Theil des Schluckaktes einzutreten. Was die Behandlung anlangt, so ist, ausser der Entfernung benachbarter Affectionen, die häufige Einführung der Sonde rathsam. Die electrische Sonde ist zu meiden; dieselbe hat wiederholt, wahrscheinlich durch Reizung des Vagus und Wirkung auf das Herz, beunruhigende Symptome im Gefolge gehabt.

Wright: Die Bakterien der normalen Nase und die baktericiden Eigenschaften des Nasenschleims.

W. untersuchte das Secret von 36 normalen Nasen. Dasselbe wurde aus den tieferen Theilen nach Abschneidung der Vibrissae und Reinigung des Naseneingangs mit Sublimat mittelst steriler Wattebäuschchen entnommen. Die Uebertragung der Wattebäuschchen auf Nährböden ergab eine Bakterienentwicklung im ganzen nur in 6 Fällen. Auf der Nasenschleimhaut zweier gesunder Kaninchen wurden Bakterien gefunden. In einem Falle hinderte der entnommene Schleim das Wachsthum von Diphtheriebacillen, Staphylococcen und Streptococcen nicht, dagegen hemmte er die Entwicklung von Anthraxstäbchen. Die Anwendung von sterilem Schafserum ergab das gleiche Resultat.

Das relative Freisein des Naseninneren von Bakterien führt Redner darauf zurück, dass die oberen Regionen, welche der Luftstrom gar nicht erreicht, mechanisch durch die herabfliessenden serösen Exsudate abgespült werden; ferner auf die Thätigkeit der Cilien, auf die geringe Eignung des Nasenschleims als Nährboden, auf den Schutz der Vibrissae und schliesslich darauf, dass die Athmungsluft im allgemeinen überhaupt arm an Keimen ist.

J. W. Gleitsmann (New-York): Zur Behandlung der chronischen Affection der Mandeln mit Demonstration von Instrumenten.

Nächst der Hypertrophie des Organs im Ganzen ist die häufigste chronische Affection der Mandeln die chronische Entzündung ihrer Follikel. Die Oberfläche der Mandel wird rauh und unregelmässig infolge der Destruction von Follikeln und die Lacunen werden mit weissen Massen, den Producten der Entzündung, ausgestopft. Die Retention dieser wird oft zur Ursache vielfacher Störungen, deren wahrer Ursprung indess leicht übersehen wird, da die Massen nicht immer

sichtbar sind. Für die Behandlung dieses Leidens empfiehlt sich ein schmaler Gaumenhaken (Demonstration), mit dem der obere Theil der Tonsille, in dem die weissen Pfröpfe am reichlichsten sitzen, blosgelegt wird.

Enthalten die Crypten Leptothrixfäden, so ist der stumpfe Haken von Moritz Schmidt ein vortrefflich geeignetes Instrument. Redner hat denselben etwas modificirt, indem er die stumpfe Spitze beibehielt, die Seiten aber schärfte. Dieser Haken ist auch zur Lösung verwachsener Gaumenbögen empfehlenswerth.

Die Besichtigung der hinteren Fläche der Mandel wird oft verhindert durch das Vorhandensein eines Lappens oder einer Falte von wechselnder Ausdehnung. Bei oberflächlicher Untersuchung scheint diese Falte einen Theil des vorderen Gaumenbogens zu bilden. Zieht man letztere aber mit einem geeigneten Haken zur Seite, so sieht man leicht einen Zwischenraum zwischen beiden, der ein wenig lymphoides Gewebe aufweist. Der grössere Theil der Mandel liegt stets hinter dieser Falte. Redner glaubt, dass diese Falte eine Folge früherer Anfälle von acuter Entzündung im Verein mit chronischer Follikelerkrankung darstellt.

Redner legt schliesslich ein Tonsillotom vor, das er hat anfertigen lassen. Dasselbe ist eine Modification der Ruault'schen Zange, schneidet aber in horizontaler, anstatt in verticaler Richtung und ist auch erheblich kleiner. Bei manchen Patienten ist es rathsam zu cocainisiren, wenn die Falte abgetragen wird. Ist diese sehr gross, so wird man besser in mehreren Sitzungen operiren. Die Blutung ist nicht stark und lässt sich leicht durch Eispillen stillen. Zur Nachbehandlung kann man eine leichte Lösung eines styptischen oder caustischen Mittels benutzen, doch ist dies keineswegs immer nöthig.

Zweiter Tag. — Mittwoch, 5. Mai.

J. H. Bryan (Washington): Ein Fall von nasaler Geschwulst.

Redner stellt den Patienten vor. Nach dem Aussehen des Tumors glaubte er es mit einem einfachen Fibrom zu thun zu haben; die Untersuchung eines abgetragenen Stückchens aber ergab Fibrosarcom. Redner befragt die Versammlung, welche Operation unter diesen Umständen am rathsamsten erscheint.

J. H. Bryan: Eiterung der Stirnhöhle.

Redner ist der Ansicht, dass die Stirnhöhleneiterung in Amerika sehr viel häufiger ist, als man gewöhnlich annimmt. Die jüngsten Grippe-Epidemien haben eine grosse Zahl von Fällen ans Licht gebracht. Manche davon waren ohne Zweifel verursacht durch die Ausdehnung des Erkrankungsprocesses von der Kieferhöhle her, die in einigen Fällen wenigstens durch eine abnorme Communication zwischen beiden Höhlen vermittelt wurde. Dr. Phillibronn (Boston) hat jüngst an einer Reihe von Schädeln nachgewiesen, dass eine Verlängerung des Infundibulums bis zum Antrum vorkommt, so dass Secrete von der Stirnhöhe direct in die Kieferhöhle gelangen und diese secundär inficiren können.



Redner bespricht dann genau die Anatomie der Stirnhöhle und erläutert ihre Eigenthümlichkeiten durch Photographien. Er weist darauf hin, dass die Grösse des Supraorbitalrandes keinen Anhalt für die Grösse der Stirnhöhlen gewährt. Zur Behandlung des Stirnhöhlenempyems empfiehlt er die Luc'sche Operation, bei der ein Drainrohr von dem Sinus nach der Nase zu eingelegt und die äussere Wunde an der Stirn fest verschlossen wird.

Discussion über die atrophische Rhinitis.

W. E. Casselberry (Chicago) eröffnet die Discussion mit einer Besprechung der Natur und der Symptome der Erkrankung. Das Leiden kommt bei jungen wie bei alten Leuten vor. Keine Theorie über die Ursache der Erkrankung ist für alle Fälle gültig. Zu unterscheiden sind die fötiden und die nicht-fötiden Fälle. Die Atrophie hat eine andere Ursache, als der Geruch. Redner neigt zu einer Eintheilung der Fälle von atrophischer Rhinitis in 1. einfachen trockenen Catarrh und 2. Ozaena. Die Erscheinungen bestehen im Allgemeinen in der Atrophie, von der alle Stadien vorkommen, in Degeneration der Schleimdrüsen und Krustenbildung.

Es wurde die Theorie aufgestellt, dass die atrophische Rhinitis primär eine centrale trophische Neurose ist. Diese Anschauung wird gestützt durch die Thatsache, dass die Krankheit im Allgemeinen doppelseitig ist. Wahr ist, dass in dem Falle einer Septumdeviation die Affection auf der concaven Seite vorgeschrittener erscheint, aber sobald die Knorpelstellung rectificirt ist, bessert sich der Zustand der Nase und die Mucosa erhält oft ein gesundes Aussehen.

Bei beiden Formen der Erkrankung wechselt die Atrophie in ihrem Grade und ihrer Vertheilung. Die Hypertrophie kann dauern, bis die Atrophie beginnt, die mittlere Muschel kann hypertrophisch sein, während die untere atrophisch ist. Grünwald's Behauptung, dass die atrophische Rhinitis in den meisten Fällen von Sinuserkrankung abhängt, hat nicht allgemein Annahme gefunden. Bosworth führte die Erkrankung auf vorhergehende eitrige Erkrankung der Nasenschleimhaut zurück. Der Foetor ist mit Mikroben in Zusammenhang gebracht worden. Fränkel und Loewenberg isolirten einen Coccus, Abel züchtete den Bacillus mucosus; Wyatt Wingrave demonstrirte verschiedene hyaloide Körperchen, die möglicherweise parasitärer Natur sind; neuerdings haben dann Belfanti und della Vedova einen Bacill cultivirt, der dem Diphtheriebacillus ausserordentlich nahesteht.

Ausser den nasalen Symptomen macht sich häufig eine Schwächung des Gehörs und der Stimme bemerkbar. Die Ohrensymptome können denen von Seiten der Nase vorangehen.

J. N. Mackenzie sprach über die structurellen Veränderungen, die man bei der atrophischen Rhinitis antrifft und über die Reihenfolge, in der dieselben auftreten. Man muss auseinanderhalten die Veränderungen der Schleimhaut und die, welche das wichtige physiologische Organ als solches betreffen. Der Ausdruck Atrophie ist ein schwankender. Wir unterscheiden nicht scharf genug zwischen den verschiedenen Formen von Atrophie und ihren verschiedenen Ursachen. Es giebt eine einfache Atrophie und eine degenerative. Am besten ist

der Ausdruck Sclerose, der eine Atrophie des specifischen nasalen Gewebes und eine Hypertrophie des umgebenden Bindegewebes bezeichnet. Es liegt eine zellige Infiltration vor, Granulationsgewebe, Obliteration alter und Bildung neuer Gefässe. Die Sclerose kann von einer Blutinfection, wie bei Tuberculose und Syphilis, oder von Intoxication, besonders von Alkoholintoxication abzuleiten sein. Der vorhergehende eitrige Catarrh ist wahrscheinlich keine Ursache der Erkrankung, wenigstens liegt eine Parallele auf irgend einem anderen pathologischen Gebiete für einen solchen Zusammenhang nicht vor. Die Krankheit kann von Anfang an atrophisch sein, mit Beginn im Periost; doch ist dies aus klinischen wie anatomischen Gründen nicht wahrscheinlich.

C. C. Rice (New York) sprach über die Behandlung der Ozaena. Dieselbe soll eine allgemeine und locale sein. Erstere umschliesst im weitesten Sinne alle die verschiedenen hygienischen Maassnahmen. Redner sah eine Gruppe von Kranken sich bessern, dadurch, dass sie aufs Land zogen und die Fabrikarbeit mit der landwirthschaftlichen vertauschten. Die Gesichtspunkte der localen Behandlung sind Reinhaltung und Anregung. Die letztere wird durch eine Reihe von Medicamenten erzielt, ferner durch Electricität, Kataphorese, Tamponade etc. Eine Zerstörung von Gewebe muss vermieden werden. Die öligen Lösungen hält Verf. für ausserordentlich werthvoll, einerseits weil sie glättend wirkend, die Schleimhaut schlüpfrig machen, andererseits weil sie als Vehikel dienen. Die Nasendouche reicht zur Reinigung nach jeder Richtung aus.

Dritter Tag. — Donnerstag, 6. Mai.

D. Bryson Delavan (New York): Ein Fall von anscheinendem Sarcom der Mandel.

43jähriger Mann, hereditär nicht belastet und angeblich nicht syphilitisch inficirt. Seit 2 Monaten leidet er an Schmerzen an der linken Mandel, die anfänglich nur eine mässige Schwellung, später aber einen Zerfall zeigte; in der Mitte bestand eine Erosion, der Rest war indurirt. Die Halslymphdrüsen unter der Tonsille waren etwas geschwollen. Der Patient erhielt Jodkali. Ein Stückchen von der Tonsille, das zur mikroskopischen Untersuchung entfernt worden war, erklärten mehrere Pathologen für sarcomatös. Die Drüsenschwellung ging unter der Jodbehandlung zurück. Die Mandel wurde mit der kalten Schlinge entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine chronische Hyperplasie mit einer erheblichen Wucherung der Endothelzellen. Die Anordnung der Zellen legte den Gedanken an Sarcom nahe. Seit der Exstirpation der Mandel aber befand sich der Patient wohl, und seine Gesundheit ist auch heute noch eine ungestörte. Um ein Sarcom dürfte es sich danach doch nicht gehandelt haben.

D. Bryson Delavan: Eine neue Methode zur dauernden Beseitigung gewisser Schwellungen der Nasenmuscheln.

Redner wendet sich gegen den übertriebenen Gebrauch des Galvanokauters. Derselbe wirkt nur oberflächlich, sein Effect ist daher ein vorübergehender und

dabei wird die Schleimhaut noch unnöthigerweise zerstört. Redner empfiehlt den Gebrauch eines kleinen Messers, wie es die Augenärzte benutzen. Unter Cocain stösst er dasselbe in die Muschel ein, schneidet rund durch die Gewebe und zieht es aus derselben Oeffnung wieder heraus, wobei er darauf Acht giebt, letztere nicht zu verbreitern. Man operirt besser ein zweites Mal, als dass man beim ersten Male zu tief sticht. Schmerz und Blutung sind gering. Letztere soll von selbst zum Stehen kommen. Cocain räth Redner noch ein paar Stunden nach der Operation ausgiebig zu appliciren.

John R. Farlow (Boston): Ein Fall von subglottischem Tumor mit starker Dyspnoe durch Tracheotomie und Curettement entfernt.

37jährige Frau, seit 4 Jahren an starker Dyspnoe leidend. Ueber den Stimmbändern sah man eine Geschwulst, welche die Trachea in weiter Ausdehnung erfüllte, so dass für den Luftstrom nur ein schmaler Weg blieb. Der Tumor liess rechts 2 Lappen erkennen, während links nur einer bestand, und hing ersichtlich mit der Trachea zusammen. Die Diagnose wurde auf nicht-maligne Geschwulst, wahrscheinlich ein Enchondrom, gestellt. Die tiefe Tracheotomie wurde am 4. Februar gemacht. Die Geschwulst, die jetzt leicht zugänglich war, wurde mit der Curette abgetragen. Die Blutung war gering.

F. E. Hopkins (Springfield Mass.): Ein Fall von Adenocarcinom der Nase.

Redner giebt die Krankengeschichte des von ihm beobachteten Falles.

Jonathan Wright (Brooklyn): Papilläre oedematöse Nasenpolypen und ihre Beziehung zum Adenom.

Redner stellt die in der Literatur berichteten Fälle zusammen und fügt ihnen eine Reihe aus seiner eigenen Beobachtung hinzu. Er betont, dass es intranasale Geschwülste giebt, die dem unbewaffneten Auge ganz wie gewöhnliche Polypen erscheinen und die thatsächlich von diesen sehr verschieden sind. Vom gewöhnlichen Polypen bis zum echten Adenom kommen alle Uebergangsformen vor.

Morris Murray (Washington): Ein Beitrag zum Studium der Kehlkopfphthise.

Redner bespricht die Fortschritte der Phthiseotherapie seit 1894. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die guten Wirkungen eines Enzymol genannten Verdauungspräparates, das er im Larynx applicirt hat mit der Absicht, das erkrankte Gewebe durch Digestion zum Verschwinden zu bringen. Der Erfolg war in einem Falle sehr bemerkenswerth. Redner empfiehlt auch das Kreosot, das ihm bei der Behandlung dieser Krankheit zur Zeit als eine conditio sine qua non erscheint.

Emil Mayer (New York): Primärer Lupus des Kehlkopfes.

Redner berichtet über 2 Fälle, die er beobachtet hat. Der Angabe, dass sich ein primärer Lupus des Kehlkopfs nicht findet, stellt er die Thatsache gegenüber, dass die Literatur 14 Fälle dieser Art enthält. Alle diese Fälle sind von

competenten Beobachtern mitgetheilt. Einer von ihnen behauptet, dass der Lupus primär in der Schleimhaut entstehen kann, ohne dass es überhaupt zu einer äusseren Erkrankung kommt. Dies ist jetzt über allen Zweifel erwiesen. Redner zeigt auch, dass die lupöse Erkrankung von dem Tuberkelbacillus abhängt. Redner schliesst mit folgenden Sätzen: 1. Der primäre Lupus des Kehlkopfs kommt vor. 2. Derselbe stellt ein schmerzloses Leiden dar, das Jahre lang unbemerkt bleiben kann. 3. Tuberkelbacillen sind bei Lupus vorhanden, aber in kleinen Mengen und schwer zu finden. 4. Die lupöse Affection hat nähere Aehnlichkeit mit Syphilis, als mit Tuberculose. 5. Das Fehlen adhäsiver Vorgänge, die bei vorgeschrittener Syphilis stets vorhanden sind, ist für Lupus characteristisch. 6. Die Prognosis quoad vitam ist leidlich gut. Lefferts.

---

b) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 1. April 1898.

E. Meyer stellt 2 Patientinnen, Mutter und Tochter, mit Lupus vor, von denen letztere zuerst an Nasenlupus erkrankte; die Mutter hat sich wahrscheinlich durch gemeinsam mit der Tochter gebrauchte Handtücher inficirt; sie bekam zuvörderst eine lupöse Erkrankung der äusseren Nasenhaut, dann des Naseninnern und schliesslich des Larynx.

Scheier berichtet über die Ergebnisse der aktinoskopischen Untersuchung des in der vorigen Sitzung von B. Fränkel vorgestellten Polyphonisten. Es ist im Wesentlichen die Fähigkeit, seiner Zunge die verschiedensten Formen und Lagen zu geben, die es ihm so viele Instrumente nachzuahmen möglich macht. Er imitirt sie alle mit Falsetstimme; der Nasenrachen bleibt dabei meist offen. Das Zwerchfell hat keinen Einfluss auf die Klangfarbe. Sch. berichtet dann über die Form des Ansatzrohres, die dasselbe bei der Nachahmung der verschiedenen Instrumente annimmt.

A. Rosenberg: Die X-Strahlen im Dienste des Laryngologen.

Sie haben bisher in Bezug auf die Physiologie des Schluckactes, der Stimme und Sprache nichts wesentlich neues und praktisch wichtiges gebracht; ebensowenig hinsichtlich der Diagnose bösartiger Larynxtumoren u. s. w. Dagegen sind sie von nicht zu unterschätzendem diagnostischen Werthe bei intrathoracischen Geschwülsten. Nach der Beschreibung des normalen Schattenbildes mit seinen individuellen Abweichungen, der Bedeutung der Dichtigkeit und Form des Schattens resp. seiner Pulsation; nach Besprechung des Modus, mittelst dessen man Grösse und Lage einer intrathoracischen Geschwulst bestimmen kann, sowie der Differentialdiagnose eines Tumor- und Aortenaneurysmaschattens; nachdem R. als wichtigen und richtigen Weg, die Durchstrahlung in ihrer diagnostischen

Bedeutung zu fördern, gefordert, dass die Leichen vor der Section aktinoskopirt werden sollen; und nachdem er betont hat, dass das Schattenbild in Gemeinschaft mit den Resultaten aller anderen Untersuchungsmethoden zur Diagnose führt; berichtet er über 12 von ihm durchstrahlte Fälle, in denen die Silhouette auf dem Fluorescenzschirm die vorher gestellte Diagnose bestätigte resp. Zweifel an derselben beseitigte oder erst mit Sicherheit eine solche stellen liess. 5mal handelte es sich um ein Aortenaneurysma, das in 3 Fällen linksseitige Stimmbandlähmung, in einem Falle eine Oesophagus-, in einem anderen eine Trachealstenose verursacht hatte. Einmal heilte die Recurrenslähmung.

Ferner kamen zur Beobachtung 2 Fälle von Struma retrosternalis, von denen einer mit rechtsseitiger Stimmbandlähmung complicirt war, ein zweiter mit rechtsseitiger Posticus- und linksseitiger Recurrenslähmung, während der dritte eine bereits 22 Jahre bestehende Posticuslähmung zeigte, die bisher noch nicht die Tracheotomie nöthig gemacht hatte. Schliesslich bespricht R. noch 2 Fälle von Oesophaguscarcinom, das im ersten eine linksseitige Recurrenslähmung erzeugt hatte und im zweiten eine ebensolche mit Parese des rechten M. posticus.

Scheier glaubt den Röntgenstrahlen eine beachtenswerthe Bedeutung für die Physiologie der Stimmbildung, des Schluckactes beimessen zu sollen.

In einem Falle von Oesophaguscarcinom täuschte ihm das Röntgenbild ein Aneurysma vor.

Sitzung vom 6. Mai 1898.

Gluck: Ueber Oesophago-, Pharyngo- und Laryngoplastik.

G. hat bei 26 Pat. mit malignen Larynxgeschwülsten 4mal nur die Tracheotomie gemacht. Von den übrigen 22 Fällen sind 15 durch die Radicaloperation geheilt; von der letzten Serie von 14 Fällen sind 13 Heilungen und 1 Todesfall zu verzeichnen und zwar am 12. Tage an Jodoformintoxication. Keiner der 15 durch die Operation (1890—98) Geheilten, von denen noch 12 am Leben sind, hat bisher ein Recidiv gehabt. Subtile Technik, peinliche Nachbehandlung und die prophylaktische Resection der Trachea sichern den Erfolg.

Bei ausgedehnten Resectionen des Pharynx, Oesophagus und Larynx hat G. den Trachealstumpf definitiv circulär in die Haut eingenäht; die Pat. tragen keine Canüle. Durch eine an Pat. und Tafel erörterte Methode der Hautplastik mit doppelten Lappen bildet G. ein Verfahren der Oesophago- und Pharyngoplastik aus, so dass die Pat. nach derselben mit ihrem cutanen Hohlorgane wie Gesunde schlucken können und ohne Canüle und Obturator leben. Die Erlernung der Flüstersprache hängt von der Energie und der instructiven Anpassung des Patienten ab.

Bei einseitiger Laryngectomie empfiehlt G. nach der Operation sofort einen gestielten Hautlappen vom Halse in die Höhlenwunde zu implantiren und an die Defectränder anzunähen, so dass ein völliger Abschluss der Luftwege gegen den Rachen zu Stande kommt. Nach erfolgter Heilung kann sowohl die Communication nach dem Schlundkopfe wieder hergestellt, als auch durch eine Schlussope-



ration ein gestielter Hautlappen mit der Epidermisfläche nach dem Larynxlumen zu über den Kehlkopfspalt gedeckt werden. Dieses Verfahren empfiehlt sich bei stenosirenden Processen, bei Lues, Tuberculose und diffusen Papillomen. G. demonstrirt dieses Verfahren u. a. an einem Patienten mit ulceröser, obliterirender Tuberculose des Larynx, dem der Kehldeckel und der Larynx bis auf das nackte Knorpelgerüst exenterirt worden war. Dieser Pat., der mit einer Trachealcanüle in Behandlung trat, ist von seiner Kehlkopftuberculose befreit und hat einen mit intacter Haut ausgekleideten Larynxraum, die eine schlüpfrig-mucöse Beschaffenheit angenommen hat. Er athmet per vias naturales und spricht mit vernehmlicher Stimme.

Treitel stellt einen Pat. mit Larynxpapillom vor, bei dem er nach der Operation nicht bloss Recidive, sondern auch ein Auftreten derselben an bis dahin freien Stellen beobachtete.

B. Fränkel bezeichnet das als eine bekannte Thatsache und führt einen sehr eclatanten Fall seiner eigenen Beobachtung an.

Alexander zeigt eine Patientin, die sich durch den Gebrauch der sogen. Noortwyck'schen Tropfen Mund- und Rachenschleimhaut verätzt hat.

Kuttner und Katzenstein: Zur Lehre von der Posticuslähmung.

Das Semon'sche Gesetz stellt im Verlaufe der Recurrenslähmung 3 Stadien auf:

1. reine Lähmung des Posticus — Stellung der Stimmlippen ca. 2 mm von der Mittellinie entfernt; bei Phonation und starker Exspiration bewegen sie sich bis zur Mittellinie, um dann in die eben genannte Stellung zurückzufallen.

2. Lähmung des Posticus mit secundärer Contractur der Antagonisten (Medianstellung).

3. Lähmung aller vom Recurrens versorgten Muskeln (Cadaverstellung).

Hiergegen erhebt Grossmann folgende Einwände:

1. Zwar erkennt er die reine Posticuslähmung an, bestreitet aber, dass sie, wenn sie allein besteht, beobachtet ist; aber Semon hat 22 Fälle der Art aus der Literatur zusammengestellt und Kuttner hat 3 solche Fälle gesehen. Das

2. Stadium erklärt G. als totale Recurrenslähmung bei erhaltener Function des M. cricothyreoid. (Adductionsstellung). Das

3. Stadium ist nach G. totale Recurrenslähmung mit aufgehobener Function des M. cricothyr. (Cadaverstellung).

Die Behauptungen in 2. und 3. stützt G. auf seine Experimente, die ihm zeigten, dass nach Durchschneidung der Nn. recurr. Adductionsstellung, nach der darauf folgenden Durchschneidung der Nn. lar. sup. Erweiterung der Glottis eintrat. G. erhielt nach Recurrensdurchschneidung Glottisweiten von 1,2—1,5 in 8 unter 10 Fällen, die Vortr. als engste Weite 2,1 in 2 unter 20 Fällen.

Während G. aus seinen Versuchen folgert, dass der M. cricothyr. ein Adductor ist, beweisen die Vortr. von neuem, dass er ein Spanner (mit Verengerung der Glottis) ist.

Weiter behauptet G., dass er nach doppelseitiger Recurrensdurchschneidung das Bild der klinischen Medianstellung erhielt; die Vortr.

1. erhielten aber nach doppelseitiger Recurrensdurchschneidung stets Glottisweiten bis 3 mm, ähnlich wie Grabower.

2. Thiere mit doppelseitig durchschnittenem Recurrens zeigen ein anderes Verhalten als Patienten mit doppelseitiger Posticuslähmung (keine Dyspnoe).

3. Die sog. Adduction nach Recurrensdurchschneidung lässt nach einigen Tagen nach — die Medianstellung bei doppelseitiger Posticuslähmung hält Jahre an.

4. Das Semon'sche Gesetz stützt sich auf klinische Beobachtungen; bei vielen hat die nachfolgende pathologisch-anatomische Untersuchung gezeigt, dass (bei klinisch beobachteter Medianstellung) die Postici degenerirt, alle anderen Muskeln fast oder ganz normal waren.

Die Grossmann'schen Untersuchungen sind demnach hinfällig.

Grabower constatirt, dass die Ergebnisse seiner jüngst publicirten Arbeit über diese Frage in allen Punkten von den Vortragenden bestätigt worden sind.

Sitzung vom 1. Juli 1898.

Scheier zeigt ein Skiagramm, auf dem die (mit Schellack injicirten) Gefässe der Zunge und des Kehlkopfes zu sehen sind und ein zweites, das eine Lordose der Halswirbelsäule fixirt hat.

P. Heymann stellt

1. eine Pat. vor, die vor 19 Jahren wegen einer syphilitischen Perichondr. aryt. (mit Exfoliirung eines Stückes des Knorpels) tracheotomirt worden war. Seit mehreren Jahren bestehen mancherlei nervöse Erscheinungen; seit 5 Jahren beobachtete H. mehrfach einen mehrwöchigen Stillstand des rechten Stimmbandes ohne sonstige Erscheinungen. Er ist geneigt, die Motilitätsstörung als eine hysterische aufzufassen.

2. eine 19jährige Pat. zeigte vor acht Tagen ein Oedem der Epiglottis und der r. aryepigl. Falte und Röthe der Gesichts- und Halshaut, — eine Erscheinung, die sie schon öfter an sich beobachtet hat —, so dass die Annahme eines angioneurotischen Oedems nahe liegt. Da es aber mehrere Tage ziemlich unverändert bestehen blieb und gleichzeitig leichte anginöse Beschwerden vorhanden waren, handelt es sich wohl um ein Oedem nach Tonsillitis.

Herzfeld: Ueber complete doppelseitige Recurrenslähmung mit Demonstration eines Präparates.

Der 65jährige Pat., dem das Präparat entstammt, hatte 3 Jahre vor seinem Tode Schluckbeschwerden, die sich im letzten Jahre sehr steigerten; drei Monate ante mortem Heiserkeit, die nach einigen Tagen in Aphonie überging. Die Stimmbänder standen unbeweglich in Cadaverstellung. Die Schlundsonde stiess etwa in der Bifurcationshöhe auf ein Hinderniss.

Es fand sich bei der Section in der ganzen Circumferenz ein die vordere

Oesophaguswand durchbohrendes, die Nn. recurr. einbettendes Carcinom. Unterhalb der Cardia eine Narbe; unterhalb dieser ein Schleimhautriss, der wahrscheinlich die Folge einer Sondirung war.

Grabower: Die Nn. laryng. sup. müssen hier untersucht werden; sind sie unversehrt, so ist das ein Beweis, dass die Recurrenslähmung sich in Cadaverstellung äussert.

B. Fränkel wünscht auch eine Untersuchung des M. cricothyr.

Herzfeld: Klinisch erwies er sich functionsfähig; übrigens war die Sensibilität erhalten.

Auf Kuttner's Frage nach der Athmung giebt H. noch an, dass keine Dyspnoe vorhanden war, höchstens beim Laufen.

Flatau: Ueber primäres Carcinom der Epiglottis.

F.'s Pat. klagte (nachdem er wahrscheinlich eine Apoplexie überstanden) über Druckgefühl im Halse beim Schlucken. Es fand sich ein muskatnussgrosser röthlicher Tumor an der Epiglottis, von glatter, mit weisslichen Prominenzen versehener Oberfläche; keine Drüsenschwellung. Vor 8 Jahren Lues.

Unter Jodkali Verkleinerung des Tumors und Verminderung der subjectiven Beschwerden. Dann wuchs die Geschwulst wieder. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückes ergab die Diagnose: Carcinom. Gluck machte die Pharyngotom. suprahyoid. und dabei stellte sich heraus, dass der Tumor in die Zunge sich hineinstreckte.

Treitel: Sollte es sich nicht um ein Carcinom der Zungenbasis gehandelt haben?

B. Fränkel bemerkt, dass die von ihm beobachteten primären Epiglottiscarcinome anders aussahen als dieses; jene gehen von der Spitze aus; die an der Basis sitzenden gehen leicht auf die Zunge über.

Flatau: Es handelte sich in der That um ein primäres Carcinom der Epiglottis; Virchow hat die Diagnose bestätigt.

E. Meyer: Demonstration zur sogenannten Nasenepilepsie.

Ein seit 16 Jahren an in verschieden langen Pausen auftretenden epileptischen Anfällen leidender Mann bemerkte seit 7 Jahren, dass dem Anfalle eine profuse, eitrige, übelriechende Absonderung aus der linken Nasenseite vorausging. Es fand sich ein Empyema sin. maxill. sin. Seit der Zeit der Eröffnung der Oberkieferhöhle (4 Monate) mit nachfolgenden Ausspülungen hat der Patient keinen Anfall mehr gehabt.

Finder: Zur pathologischen Anatomie der Tonsillen.

F. hat durch mehrfache mikroskopische Untersuchungen festgestellt, dass die zuweilen in den Tonsillen bemerkbaren kleinen subepithelialen Abscesse durch Secretretention erweiterte Lacunen darstellen. Dann demonstrirt er eine haselnussgrosse, glatte, am oberen Pol der Tonsille inserirende Geschwulst, auf deren Durchschnitt sich zahlreiche Cysten mit breiigem Inhalt zeigen. Mikroskopisch finden sich zwischen in der Mitte sich vereinigenden Bindegewebs-



septis Cysten und lymphatisches Gewebe; das Ganze umgeben von Plattenepithel. — Die mikroskopische Untersuchung von Condylom. lata tonsill. ergab im Epithel Degenerationsstreifen, die vielleicht die Folge einer Coagulationsnekrose darstellen.

Alexander demonstrirt einen vom Nasenflügel einer 47jährigen Patientin entfernten kleinhaselnussgrossen, breit inserirenden Tumor von Knorpelhärte, der sich mikroskopisch als derbes Fibrom erwies.

P. Heymann sah bei einem Pat. eine ähnliche Geschwulst von der Grösse einer viertel Linse.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Alfredo Antunes Kanthack †.

Mit tiefstem Bedauern melden wir den am 21. December 1898 im Alter von 35 Jahren an einem bösartigen Abdominaltumor erfolgten Tod des Professors der pathologischen Anatomie zu Cambridge, A. A. Kanthack. Obwohl ihn sein Entwicklungsgang in andere Bahnen geführt hatte, in welchen ihm anscheinend beschieden war, Grosses zu erreichen, blieb er seinem ursprünglichen Interesse für die Laryngologie treu und bestätigte dasselbe bis zu seinem Lebensende durch gehaltvolle Demonstrationen und Theilnahme an Discussionen in der Londoner laryngologischen Gesellschaft. Zahlreiche Freunde in Berlin und London, an ihrer Spitze sein Lehrer Virchow, betrauern aufs Tiefste den frühzeitigen Hingang des durch wissenschaftlichen Enthusiasmus, unermüdlichen Forschungstrieb, reiche Kenntnisse, Liebenswürdigkeit und Vornehmheit der Gesinnung gleich ausgezeichneten jungen Gelehrten.

Das 25jährige Jubiläum der „Annales des Maladies de l'Oreille, du Larynx, du Nez et du Pharynx“.

Im gegenwärtigen Jahre treten die von Isambert, Krishaber und Ladreit de Lacharrière begründeten „Annales“ in das 25. Jahr ihres Bestehens. Das geschätzte französische Specialjournal hat sich die Stellung, die es kurz nach seiner Gründung errang, unter seiner gegenwärtigen Leitung zu bewahren gewusst. Wir wünschen ihm weiteres Blühen und Gedeihen für die Zukunft.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, März. 1899. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **Gyselinck. Klinik der Kehlkopfkrankheiten an der Wiener Universität. (Clinique des maladies du larynx de l'université de Vienne.)** *Arch. Méd. Belg. Sept. 1898.*

Bericht über die Störk'sche Klinik, dessen Inhalt dem Leser dieser Zeitschrift nichts Neues bringen dürfte. BAYER.

2) **Kayser. Bericht über die 1895—96 in meiner Privatpoliklinik behandelten Krankheitsfälle.** *Mon. f. Ohr. No. 4. 1898.*

Unter dem reichen Material verdienen Erwähnung 27 Empyeme der Kieferhöhlen; von der Nase aus wurde die Punction nur bei Intactheit der Zähne vorgenommen; einmal bestand seröses Exsudat. In vielen Fällen brachen spontane Empyeme der Stirnhöhle nach der Nase durch. Keilbeinempyeme werden drei besonders erwähnt. Polypen fanden sich unter 22 Kieferhöhlenempyemen 8mal, unter 27 Fällen der übrigen Höhlen 9mal. Drei Fälle von Stirn- und Keilbeinempyemen zeigten sämmtlich Polypen. K. behauptet schliesslich, die Polypen bei Nebenhöhleneiterung hätten ein mehr röthliches Aussehen, derbere Consistenz und seien nur in grösserer Anzahl vorhanden, während blasse und wasserhaltige Polypen gewöhnlich nicht mit Empyem verbunden seien. In einem Falle von Rhinitis caseosa fand sich im hinteren Theil der Scheidewand rauher Knochen. Zwei Fälle von Retropharyngealabscess bei Erwachsenen verdankten Influenza ihre Entstehung. Bei einer 66jährigen Frau fand sich ein Carcinom des Rachens hinter den Aryknorpeln, ebenso bei einem 42jährigen Manne. Den Schluss bilden Mittheilungen über Larynxphthise, darunter drei geheilte Fälle, eine geheilte Recurrensparalyse und ein Fall von acutem Stottern. SCHECH.



3) **Gerber. Statistisches und Casuistisches zur Rhino-Laryngologie und Otologie.** *Mon. f. Ohr. No. 6, 7. 1898.*

Unter allen Nasenaffectionen beobachtete G. am häufigsten Rhinitis hypertrophica, dann folgen Rhin. atroph. und die Nebenhöhleneiterungen. Bei Rhin. hypertroph. ist die Massage contraindicirt. Bei Acne vibrissarum helfen oft Resorcin- und Naphtholpasten. Viele Empyeme der Nebenhöhlen erwiesen sich äusserst hartnäckig. Bursitis hat G. nie gesehen. Die Adenoiden operirt er mit Narkose und ganz so wie Referent erst mit Zange, dann mit Curette. Bei Ozaena spielt der Bacillus nicht die alleinige oder Hauptrolle; ätiologische Momente sind auch Syphilis, Scrofulose, Infectionskrankheiten; die Nebenhöhlen fand G. in sämmtlichen Fällen von Ozaena gesund. Die Rhin. fibrin. beruht häufig auf Infection mit Diphtheriebacillen. Kehlkopftuberculose sah G. einmal bei einem 5jährigen Mädchen und bei einer 43jährigen Frau einen Tuberkeltumor der Zunge. Der Nasenstein ist beim weiblichen Geschlecht häufiger, kommt in jedem Alter vor und beim Aufbau spielen die Bakterien die Hauptrolle. Ferner wurde beobachtet: eine doppelseitige Posticuslähmung nach Typhus, bei der tracheotomirt werden musste.

SCHECH.

4) **Stetter. Erfahrungen in dem Gebiete der Ohren-, Nasen- und Mundkrankheiten.** *Mon. f. Ohr. No. 5. 1898.*

St. wandte mit Erfolg bei Schleimhauthypertrophie die Vibrationsmassage an. Gegen Ozaena empfiehlt er Ausspülungen mit Lysolwasser und Einstäubung von Kali sozojodol. Bei Antrumempyem eröffnet er die faciale Wand und kratzt aus. Verhornung der Papill. circumvall. und der Zungentonsille kommt häufig vor. Interessant war eine hühnereigrosse Unterkiefercyste im Bereiche der linken Molarzähne, die fehlten.

SCHECH.

5) **v. Navratil, Baumgarten, Polyak. Casuistische Mittheilungen auf dem Sitzungsberichte der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte.** *Mon. f. Ohr. No. 4. 1898.*

N. berichtet über die Operation einer Deviation und Spina durch Aufschneiden der Nase, ferner über einen durch Laryngofission geheilten Kehlkopfpolypen, über ebenso entfernte multiple Papillome und einen Fall von Laryngitis fibrinosa, den er auf Erkältung zurückführt. Baumgarten beobachtete bei einem 12jährigen Mädchen nach Scharlach ein Empyem der Siebbeinzellen mit Orbitalabscess und kolossaler Auftreibung der mittleren Muschel. Polyák entfernte mit der Säge ein $2^1/_2$ cm langes und 1 cm hohes Stück der Scheidewand.

SCHECH.

6) **H. v. Schrötter. Laryngologische Mittheilungen.** *Mon. f. Ohrenh. No. 10. 1898.*

v. Sch. theilte auf der Naturforscher-Versammlung zu Düsseldorf eine Reihe von interessanten Fällen mit, als da sind: Sklerom der Trachea, ein Tuberculom der Nase, chronisches Oedem des Larynx auf tuberculöser Basis, einen nicht aufgeklärten Fall von primärem gangränösem Zerfall des Stimmbandes, Fälle von Pemphigus mucosae, Erythema multiforme; einen Fall von kolossaler Hypertrophie der Schleimhaut des Santor. Knorpels, eine Amyloidgeschwulst des Larynx, eine

Aerocele ventricularis und einen noch nicht abgeschlossenen Fall von centraler halbseitiger, motorischer und sensibler Pharynx-Larynxlähmung. Die höchst interessanten Details sind im Original nachzusehen.

SCHECH.

7) **L. Brück** (Budapest). **Die Erkältung.** *Med.-chirurg. Centralblatt. No. 33. 1898.*

Vorzugsweise physiologische Betrachtungen.

CHIARI.

8) **Hölscher** (Kiel). **Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Erkrankungen der Luftwege nach Aethernarkose.** *Archiv f. klin. Chirurgie. 57. Bd. 1. H. 1898.*

Ausser einer geringfügigen vermehrten Schleimabsonderung üben die Aetherdämpfe keinerlei Reizwirkung auf die Tracheo-Bronchialschleimhaut aus. [Ich habe Reizwirkung schwersten Grades gesehen. F. S.] Das bei der Aethernarkose vorkommende Trachealrasseln beruht immer auf Aspiration von Mundinhalt, und ist bei richtiger Technik (Sorge für guten Abfluss des secernirten Mundinhaltes durch Tieflegung und Seitwärtsdrehung des Kopfes und Lüftung des Mundwinkels, Sorge für andauernd freie Athmung durch Vorziehen des Unterkiefers) nicht zu vermeiden, die nach der Aethernarkose vorkommenden Affectionen der Luftwege sind meist die Folgen einer solchen Aspiration des infectiösen Mundinhaltes. Die Flimmerung des Tracheal- und Bronchialepithels ist während der Narkose nicht gestört. Der Speichelfluss beruht bei der Aethernarkose, wenn auch zum grössten Theil, so doch nicht allein auf einer localen Reizwirkung der Aetherdämpfe, vielmehr spielen hierbei auch centrale Einflüsse eine Rolle.

SEIFERT.

9) **Cheval. Einige Betrachtungen gelegentlich der pseudomembranösen Affectionen der oberen Luftwege. (Quelques reflexions à propos des affections pseudo-membraneuses des voies aëriennes supérieures.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 21. 1898.*

An der Hand von 8 mitgetheilten Fällen pseudomembranöser Affectionen der oberen Luftwege kommt Ch. zu folgenden Schlüssen:

1. unmittelbar die bakteriologische Untersuchung jedes pseudomembranösen Exsudats vorzunehmen;

2. auch in verdächtigen Fällen die Seruminjectionen zu machen, da sie, mit allen antiseptischen Cautelen vorgenommen, unschädlich seien; bei gutartigen, und selbst diphtheritischen Infectionen sei die Enthaltung erlaubt unter der Bedingung einer beständigen Ueberwachung.

3. bei Streptococcusinfectionen solle man vorläufig, bis man mit einem Marmorek'schen Serum gute Erfolge erzielt habe, locale antiseptische Applicationen vornehmen neben einer allgemeinen tonisirenden Behandlung.

BAYER.

10) **A. Ebner** (Königsberg). **Ueber den luetischen Primäraffect in den oberen Luftwegen.** *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. XLV. II. 1898.*

Am häufigsten ist der harte Schanker des Rachens mit 72,2 pCt., dann der der Nase mit 14,6 pCt. und der des Nasenrachenraumes in 12,5 pCt. Primäre Larynxsyphilis steht im Procentverhältniss von 0,52 pCt. (?). — In der Nase sitzt

der Herd am häufigsten an den Nasenflügeln und am Septum, im Rachen weitaus am häufigsten an den Tonsillen.

CHIARI.

11) **Dreyfuss. Ueber Blutungen in den oberen Luftwegen.** *Münchener medicin. Wochenschr. No. 32. 1898.*

Mittheilung zweier Fälle; bei dem einen traten Blutungen in den oberen Luftwegen erst ein, als schon das klinische Bild der Lebercirrhose ausgesprochen war, im zweiten gingen sie voraus resp. waren Frühsymptome der Tuberculose. Die Blutungen bei Lebercirrhose können bedingt sein durch Stauungen in den Collateralbahnen, ferner durch varicöse Oesophagusvenen oder durch die Veränderung der Gefässwände und durch die als Hämatose beschriebene Veränderung des Blutes.

SCHECH.

12) **A. v. Sokolowski. Ueber den Zusammenhang der Krankheiten des oberen Abschnittes des Respirationstractus mit chronischen internen Krankheiten. (O stosunku cierzsceu narzadow wewnytrznych do zaburzen w gornym odcinku drog oddechowych.)** *Odczyt kliniczny. 1898.*

Verf. bespricht in systematischer Weise die krankhaften Veränderungen des oberen Abschnittes des Respirationstractus bei anämischen Zuständen, Diabetes, Scrophulose, Arthritis und Podagra, bei chronischen Lungenkrankheiten (Tuberculose ausgenommen), Herz- und Gefässkrankheiten, Verdauungs-Nierenkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, bei einigen chronischen Vergiftungen (Tabak, Alkohol, Jod, Quecksilber) und schliesslich bei einigen Gewerbekrankheiten.

Autoreferat.

13) **von Noorden. Zur Behandlung des Asthma bronchiale.** *Münch. medicin. Wochenschr. No. 39. 1898.*

v. N. empfieht die Atropinbehandlung nach Trousseau 4—6 Wochen lang; der Anfall wird nicht beeinflusst, sondern nur verhütet auf lange Zeit.

SCHECH.

14) **G. R. Turner. Neuralgie behandelt durch Injection von Osmiumsäure. (Neuralgia treated by injection of osmic acid.)** *Transact. Med. Soc. 1898. Brit. Med. Journal. 9. April 1898.*

53jährige Frau, mit schwerer Infraorbitalneuralgie, die seit 2 Jahren bestand und allen Behandlungsversuchen widerstanden hatten. T. constatirte einen Ausfluss aus dem gleichseitigen Nasenloch, aber die Untersuchung ergab weder in der Nase noch im Antrum eine Erkrankung. Er führte die Nadel einer Pravaz-Spritze in den Infraorbitalcanal ein und injicirte eine 1 proc. Lösung von Osmiumsäure. Es entstanden erhebliche Schmerzen und eine Anschwellung, die jedoch im Laufe von 10 Tagen verschwanden. Die Neuralgie ist seither nicht wieder aufgetreten.

ERNEST WAGGETT.

15) **Burghart. Ueber Chromerkrankungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 32. 1898.*

Der Chromstaub erzeugt Geschwüre an Händen und Füssen, Eichel, Lider,

Gaumen und Kehlkopf; am häufigsten ist aber eine Anätzung der Schleimhaut der Nasenscheidewand bis zur Durchbohrung derselben; auch Bronchitiden, Asthma, Tuberculose und Nierenerkrankungen kommen vor.

SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **G. A. Fischer** (Adelaide S. Australia). **Hydatiden-Erkrankung des Gehirns. (Hydatid disease of the brain.)** *Australian Medical Gazette. 20. Octob. 1898.*

Die Krankengeschichte, die F. mittheilt, betrifft einen 11 jährigen Knaben. Bei der Section fand sich in der Rinde des linken Parietallappens eine etwa haselnussgrosse Cyste. Unter anderen bedeutsameren Symptomen ist auch Anosmie erwähnt. Für die Localisation des Geruchscentrums ist dies nicht ohne Interesse.

A. J. BRADY.

17) **William Hallock Park** und **Jonathan Wright. Die Nasenbakterien beim Gesunden. (Nasal bacteria in health.)** *N. Y. Medical. 5. Februar 1898.*

Abdruck eines auf dem 19. Congress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrags (vergl. Centralbl. XV. Heft 2. S. 86).

LEFFERTS.

18) **Schiff** (Wien). **Ueber das Vorkommen des Meningococcus intracellularis (Weichselbaum) in der Nasenhöhle nicht-meningitis-kranker Individuen.** *Centralblatt f. innere Medicin. 22. 1898.*

Eine Untersuchungsreihe an Individuen mit normalem Nasenbefund oder leichten chronischen Nasenkatarrhen zeigte, dass der Meningococcus intracellularis in der Nasenhöhle von Individuen, welche nicht an epidemischer Meningitis erkrankten, sich nicht allzu selten findet, zum mindesten in einer Zeit, in welcher derartige Erkrankungen sporadisch vorkommen. Zur Infection der Meningen von der Nasenhöhle aus gehört dann noch eine individuelle oder eine locale Disposition der Gewebe.

SEIFERT.

19) **F. Bruck. Ueber eine Täuschungsmöglichkeit bei der Untersuchung der Luftdurchgängigkeit der Nase sowie über deren Bedeutung für intranasale Eingriffe.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1898.*

Da bei der Rhinoscopia anterior dem Luftstrom in der Nase eine andere Richtung gegeben wird, so können Täuschungen über die Luftdurchgängigkeit vorkommen, wesshalb man die letztere auch bei natürlicher Lage der Theile prüfen soll.

SCHECH.

20) **Strubell. Ein casuistischer Beitrag zur Pathologie und Therapie des Milzbrandes beim Menschen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 48. 1898.*

Ein 41 jähriger Gerber hatte sich an der Nase mit Milzbrand inficirt. Nach Schüttelfrost bildete sich an der Nasenspitze ein rother Fleck, der bald schwarz wurde und später unter Bläschenbildung nekrotisch zerfiel, die Lymphdrüsen im Kieferwinkel waren enorm geschwollen. Durch heisse Cataplasmen von 55 Cels.

auf die Nase und täglich 30 Spritzen von 3proc. Carbollösung in das Gewebe heilte die Affection ohne besondere Narbenbildung. SCHECH.

21) **Ziem. Ueber Beziehungen der Nasenkrankheiten zur Psychiatrie.** *Mon. f. Ohr. No. 11, 12. 1897.*

Weil zum Referat ungeeignet, muss die Arbeit im Original gelesen werden. SCHECH.

22) **O. Seifert. Ueber die Beziehungen zwischen Nasen- und Augenerkrankungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1898.*

Augenkrankheiten können durch Propagation von der Nase aus entstehen oder auch auf reflectorischem Wege. Letztere beobachtet man bei Manipulationen in der Nase, und entsteht Thränensecretion mit Hyperämie der Cornea; auch Lichteinfall erzeugt Niesen. Häufiger pflanzen sich Erkrankungen der Nase direct fort. Die atrophischen Processe der Nase, die Hyperplasie der unteren Muscheln, Knickungen, Exostosen erzeugen Thränennasencanalerkrankungen, ebenso auch die adenoiden Vegetationen. Bei Kindern geben die verschiedensten Erkrankungen des Naseninnern zu Conjunctivalaffectionen Anlass; Ozaena führt zuweilen zu Cornealgeschwüren, auch Trachom kommt vor. Lupus und Tuberculose pflanzen sich ebenfalls durch den Thränennasencanal nach dem Auge fort. Reflectorisch erzeugte Augenleiden sind: Pupillenveränderungen, Photophobie, Störungen der Accomodation, Strabismus, Einengungen des Gesichtsfeldes, Neuritis optica, Asthenopie, Blepharospasmus, Ciliarneurose. Auch auf dem Wege der Gefässverbindungen können Augenleiden zu Stande kommen, wie Ziem und Winckler sahen. SCHECH.

23) **Mayo Collier. Nasenverstopfung und Ohrenkrankheiten. (Nasal obstruction and ear affections.)** *Lancet. 15. October 1898.*

Verf. bespricht die Beziehungen zwischen Nasen- und Ohrenleiden.

ADOLPH BRONNER.

24) **P. F. Barbour. Nasale Verstopfung adenoide Wucherungen vortäuschend. (Nasal obstruction simulating adenoid growths.)** *Archives of Pediatrics. März 1898.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

25) **A. Baeth. Rachenmandel und Ohr.** *Mon. f. Ohr. No. 11. 1897.*

Empfehlung der Rhinosc. anterior zur Diagnose der adenoiden Vegetationen mit Schilderung des Befundes, da dieselben bei der Palpation oft ausweichen. Die Schädlichkeiten für das Ohr hängen nicht nur von der vergrösserten Rachenmandel ab, sondern auch vom Grössenverhältniss des Nasenrachenraumes zur Rachenmandel, von der Form, Consistenz und Ansatz derselben, von der Ausgiebigkeit der Gaumenbewegungen und dem Vorhandensein von Schleim und Hypertrophie der hinteren Muschelenden. SCHECH.

26) **Alexander Francis** (Brisbane Queensland). **Ueber adenoide Vegetationen. Eröffnungsansprache in der Queensland Medical Society. (On adenoids of the**

naso-pharynx. Presidential address Queensland Medical Society.) *Australian Medical Gazette. 20. Januar 1898.*

F. charakterisirt die Adenoiden als die wichtigste Krankheit der Kindheit. Als eine der selteneren Folgestörungen, die er nach Adenoiden beobachtet hat, nennt F. die epileptiformen Krämpfe. Er berichtet über 2 Fälle, bei denen die Krampfanfälle, die heftig und häufig aufgetreten waren, nach der Entfernung der Adenoiden verschwanden, während die vorher versuchte Brombehandlung keine Besserung gebracht hatte. In 2 anderen Fällen, über die er Einzelheiten nicht mittheilt, hat F. denselben Erfolg erzielt. In einem 5. half die Operation nicht.

F. erwähnt schliesslich, dass er mit der Operation der Adenoiden wegen Enuresis nocturna in allen seinen Fällen Erfolg hatte. A. J. BRADY.

27) **Joël** (Gotha). **Die acuten Entzündungen der Rachenmandel.** *Corresp.-Bl. d. allg. ärztl. Ver. v. Thüringen. 3. 1898.*

Die acute Entzündung der Rachenmandel wird nur selten durch die Untersuchung sichergestellt; gelingt es dem Finger, den Rachen abzutasten, so wird die starke Schwellung der Rachenmandel, im günstigen Falle wohl auch ein Gefühl der Fluctuation, zur richtigen Diagnose führen. Die Untersuchung mit dem Spiegel ist oft auch bei grösseren Kindern schon ausführbar. Wo man mit einiger Sicherheit eine Abscessbildung in der Rachenmandel vermuthen kann, wird es sich um die Entleerung des Eiterherdes handeln. Diese scheint nach Joël's Ansicht ganz gut möglich mit Hülfe eines der schneidenden Instrumente, wie sie zur Abtragung der Rachenmandel angegeben sind, wie dies ein von ihm beobachteter Fall zeigt. SEIFERT.

28) **Dempel. Zur Frage der Tuberculose der adenoiden Wucherungen des Nasenrachenraumes und der Gaumenmandeln bei sonst gesunden Leuten. (K woprosu o bugortschatke steleshistich rasroschtschenii nosoglototschnawo prostranstwa i nebnich mindaliu u ludei w ostalnam sdorowich.)** *Chirurjija. September 1898.*

Untersuchung von 15 Fällen, von denen einer Tuberculose der erwähnten Drüsen aufwies. P. HELLAT.

29) **Zimmermann** (Dresden). **Die Aetiologie des Pseudocroup.** *Münch. medicin. Wochenschr. No. 29. 1898.*

Z. fand bei 16 Kindern mit Pseudocroup 11 mal adenoide Vegetationen und glaubt deshalb, dass diese in der Aetiologie eine Rolle spielen, indem der von denselben producirte Schleim in den Kehlkopf läuft und einen Krampf erzeugt; auch hat Z. ein Aufhören des Pseudocroup nach Entfernung der Rachenmandelhyperplasie gesehen; bei 6 verschwand er dauernd. SCHECH.

30) **Hertoghe** (Antwerpen). **Adenoide Vegetationen und Myxödem. (Végétations adénoides et myxoedème.)** *Bulletin de l'Académie Roy. de Méd. de Belgique. No. 3. 1898. Annal. de la Société Méd.-Chir. d'Anvers. Mars 1898.*

Nach dem Autor ist:

1. das Myxödem der Kinder und Erwachsenen immer von Nasenrachen-



störungen begleitet, und sind letztere in dem Maasse als das Myxödem selbst curabel.

2. In einer Anzahl von Fällen sind die adenoiden Vegetationen abhängig von einer „Thyreoidarmuth“. Die „Hypothyroïdie“ entgeht häufig einer oberflächlichen Untersuchung und muss man die nächsten Angehörigen der Kranken streng ins Verhör nehmen, um den „Thyroidfehler“ zu entdecken. BAYER.

31) **Gouguenheim** (Paris). **Behandlung der Scrophulose. (Traitement du lymphatisme.)** *Société de thérapeutique. 9. Februar 1898.*

G. wendet sich mit gutem Grunde gegen die eigenartige Verquickung von Scrophulose und adenoiden Vegetationen, die Gallois vorgenommen hat. Er weist hin auf:

1. die Verschiedenheiten im Aussehen des gedunsenen Gesichts des Scrophulösen und des mageren Gesichts des Adenoiden mit seinen dünnen Lippen und dem halboffenen Munde;
2. die Seltenheit der Halsdrüsenschwellung bei Adenoiden;
3. die Häufigkeit der Gehörstörungen bei Adenoiden;
4. die Häufigkeit der Augenerkrankungen bei Scrophulösen;
5. das Fehlen von Hauterscheinungen bei Adenoiden;
6. das vortreffliche Resultat der operativen Behandlung bei Adenoiden, im Gegensatz zu der meist zu beobachtenden Erfolglosigkeit der Operation bei Scrophulösen. PAUL RAUGÉ.

32) **Bilhaut. Der Einfluss der Adenoiden auf die Entwicklung gewisser Veränderungen des Knochengerüsts. (De l'influence des adenoides sur le développement de certaines lésions du squelette.)** *Société de thérapeutique. 8. Juni 1898.*

Die adenoiden Vegetationen sind oft die Ursache der Scoliose, und eine frühzeitige Operation vermag in gewissen Fällen die Entwicklung derselben aufzuhalten. In jedem Falle soll man, bevor man zur orthopädischen Behandlung der Scoliose schreitet, die Adenoidgeschwülste operiren.

Verf. sieht die Adenoiden auch als Ursache der von Dupuytren unter dem Namen des sanduhrförmigen Thorax beschriebenen Deformität an.

Der Rachen der mit Adenoiden Behafteten ist nach B.'s Meinung die gewöhnliche Eintrittspforte für die äusserlichen tuberculösen Affectionen. Es ergiebt sich daraus für die Praxis der Schluss, dass man die Adenoiden frühzeitig entfernen muss, um die Infection des Organismus zu verhüten. PAUL RAUGÉ.

33) **Eustace Smith. Adenoide Vegetationen und Kehlkopfstridor. (Adenoid vegetations and laryngeal stridor.)** *Lancet. 19. März 1898.*

1 Monat altes Kind, das seit der Geburt an Kehlkopfstridor litt. Die Anfälle waren in der Nacht heftiger und dauerten 20—60 Minuten; sie hörten im Schlaf nicht auf. Das Kind hustete häufig. Verf. liess 2 mal am Tage eine 2 proc. Resorcinlösung in die Nase des Kindes einträufeln. Der Husten zeigte eine leichte Besserung. Zwei Monate später trat ein besonders schwerer Anfall

ein. Mit dem Finger fühlte man geringe adenoide Wucherungen. Diese wurden unter Chloroform exstirpirt. Eine Woche später war der Stridor erheblich geringer und nach 14 Tagen war er verschwunden. Verf. hält für die wahrscheinliche Ursache des Stridors eine spasmodische Contraction der ary-epiglottischen Falten, die ihrerseits durch den von den Adenoiden ausgelösten Reiz zu erklären ist.

ADOLPH BRONNER.

34) **F. Lauffs** (Heilbronn). **Prolapsus ani geschwunden sofort nach operativer Entfernung von adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. S. 457. 1898.*

Ausser dem in der Ueberschrift erwähnten Falle berichtet Verf. über mehrere Fälle von Enuresis nocturna, die durch Herstellung der Nasenathmung geheilt wurden. In zwei weiteren Fällen beobachtete Verf. nach Beseitigung eines Athemhindernisses in der Nase das Nachlassen resp. Verschwinden lange bestehender habitueller Obstipation. Die Störung der Circulation, die bei Nasenverstopfung eintritt, scheint dem Verf. das vermittelnde Glied zwischen dieser und den abdominalen Erscheinungen zu sein.

F. KLEMPERER.

35) **Frank D. Sawyer. Die Bedeutung des frühen Erkennens der Vergrösserungen der Rachentonsille. (The importance of the early recognition of enlargements of the pharyngeal tonsil.)** *N. Y. Med. Record. 21. Mai 1898.*

Verf. bespricht die Symptome der Adenoiden bei kleinen Kindern, die Leichtigkeit ihrer Behandlung und die Gefahren, die sie mit sich bringen, wenn man sie vernachlässigt.

William Osler meint, dass der Arzt in diesem Punkte noch ebenso der Aufklärung bedürfe, wie der Laie. Der Praktiker müsse dazu erzogen werden, jedes Kind, das mit offenem Munde athme und im Schlaf schnarche, dem Specialisten zu überweisen.

LEFFERTS.

36) **R. R. Stawell** (Melbourne). **Adenoidgeschwülste des Nasenrachenraums. (Nasopharyngeal adenoid growths.)** *Intercolonial Med. Journal of Australia. 20. Mai 1898.*

Von 12600 Kindern, die im vergangenen Jahr in der Poliklinik des Childrens Hospital Melbourne zur Beobachtung kamen, hatten über 6 pCt. so zweifellose Symptome von Adenoiden, dass die Krankheit auf den ersten Blick diagnosticirt werden konnte. Stawell stellt fest, dass die Adenoiden in dem frühesten Alter durchaus nichts Ungewöhnliches sind. Er hat sie schon bei vier Monate alten Kindern operirt. Verf. sah Fälle von Taubstummheit, bei denen es evident war, dass die Kinder in der ersten Jugend an Adenoiden gelitten hatten und denen das Gehör erst allmälig verloren gegangen war. Verf. operirt in Chloroformnarkose. Bei 3000 Fällen ist kein unglücklicher Ausgang vorgekommen.

A. J. BRADY.

37) . . . **Adenoidwucherungen im Nasenrachenraum. (Nasopharyngeal adenoid growths.)** *Intercolonial Medical Journal of Australia. 20. Juni 1898.*

An Stawell's Vortrag in der Medical Society of Victoria schloss sich eine

längere Discussion an. Allgemein wurde der Anschauung Ausdruck gegeben, dass Stawell's Behauptung, die Adenoiden seien eine Ursache der erworbenen Taubstummheit, nicht haltbar sei. Der Procentsatz der Taubstummen in Australien beträgt 1,83 auf 10000 der Bevölkerung. Postnasale Adenoidwucherungen dagegen sind sehr verbreitet und wenn Taubstummheit durch sie verschuldet würde, müsste sie häufiger vorkommen.

A. L. Kenny, J. W. Barrett und P. Webster haben in allen Fällen bei Taubstummen, die Adenoide hatten, diese entfernt; manchmal wurden sehr grosse Massen herausgenommen; das Gehör aber wurde nicht gebessert.

Ueber den ausserordentlich wohlthätigen Effect der Herausnahme der Adenoiden in geeigneten Fällen, wie über die Gefahrlosigkeit der Operation herrschte allgemeine Uebereinstimmung. Tausende von Fällen sind in Melbourne operirt worden, ohne dass ein Chloroformtod vorgekommen wäre. Iredell kennt einen letalen Ausgang durch Blutung und zwei durch septische Infection. A. L. Kenny verlor ein Kind, bei dem er die grossen Mandeln zugleich mit den Adenoiden exstirpirt hatte; das Kind starb nach 26 Stunden unter hohem Fieber und den Erscheinungen der Kehlkopfstenose. Die Operation war unter aseptischen Cautelen ausgeführt worden.

Die Wichtigkeit der frühen Entfernung der Geschwülste wurde betont. Unheilbare Sclerose des Ohrs ist oft die Folge, wenn man die Adenoiden vernachlässigt und erst im Alter von 15 oder 16 Jahren entfernt (Barrett).

Was das Recidiviren anlangt, so beobachtete Iredell dasselbe häufig und nicht als Folge unvollkommener Entfernung. Barrett hat ein Kind behandelt, bei dem die adenoiden Wucherungen 3 mal wieder wuchsen, trotzdem sie jedesmal möglichst vollständig entfernt worden waren. Zur Verhütung des Recidivs wird das Aufsuchen eines trockenen Klimas angerathen.

A. J. BRADY.

38) **James W. Barrett** (Melbourne Victoria). **Studie über die Taubstummheit. (A study in deaf-mutism.)** *Intercolonial Medical Journal of Austral. 20. Juli 1898.*

B. beobachtet ein 4 jähriges Kind, das taub ist. Bis zu 18 Monaten war an dem Kinde nichts Abnormes aufgefallen. Dann zeigten sich die typischen Zeichen von Adenoiden im Nasenrachenraum. Dieselben wurden entfernt. Die Besserung des Gehörs, die dadurch erreicht wurde, war nur eine geringe. B. nimmt an, dass die Taubstummheit die Folge der zu späten Operation ist. Das Kind ist das 4. einer sonst gesunden Familie. Das nächste Kind hat normales Gehör, dann aber folgt eines, das absolut taub seit der Geburt ist.

A. J. BRADY.

39) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Adenoidwucherungen im Nasenrachenraum. (Naso-pharyngeal adenoid growths.)** *Intercolonial Med. Journal of Australia. 20. Juli 1898.*

H. ist, auf eigene umfangreiche Erfahrungen gestützt, der Ansicht, dass die Adenoiden keine ätiologische Bedeutung für Taubstummheit haben. Er glaubt auch nicht an ihr Recidiviren nach gründlicher Entfernung, glaubt vielmehr, dass die Adenoiden in dieser Beziehung analog den Gaumenmandeln sind. Seit vier

Jahren operirt er unter Stickoxydnarkose, neuerdings mit Stickoxyd und Oxygengas mittelst Hewitt's combinirtem Inhalator. Diese combinirte Narkose lässt reichlich Zeit für den Eingriff und ist nicht gefahrvoll. Als ideales Instrument zur schnellen und vollständigen Abtragung der Adenoiden empfiehlt H. die Gottstein-Beckman'sche Curette.

Eine Discussion über H.'s Vortrag entspann sich auf dem Meeting of the Medical Society of Victoria am 5. Juli. Mehrere Mitglieder sprachen. Gertrude Halley empfahl die Operation am herabhängenden Kopfe in Chloroformnarkose. Stawell kritisirt H.'s Ausführungen in längerer Rede.

A. J. BRADY.

40) **J. Caz. Ambulatorische Beobachtungen über adenoide Wucherungen im Nasenrachenraume. (Ambulatornija nabljudenija nad adenoidnimi rasroschtschenijami w nosoglototschnom prostranstwe.)** Sonderabdruck aus d. *Wratsch. No. 21—23. 1898.*

K. hat circa 100 Fälle gesehen, von denen er 19 genauer beschreibt. Wieviel operirt wurde, wird nicht mitgetheilt. Der Operateur ist zufriedengestellt, wenn er einige Körner von der Geschwulst zu Gesichte bekommt. Er verwirft die Fingeruntersuchung als eine zu gewaltsame, hat sie jedoch in einem Drittel seiner beschriebenen Fälle ausgeführt.

P. HELLAT.

41) **James F. Mc Caw. Adenoide Wucherungen im Rachen. (Adenoid vegetations of the pharynx.)** *N. Y. Med. Journal. 30. April 1898.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

42) **Strandbygaard** (Danmark). **Ueber Krankheiten im Kindesalter. (Om Sygdomme i Barnealderen.)** *Bibliothek for Laeger. 1898.*

Der Verf. hat 568 Kinder, die in Jütland wohnten und Dorfschulen besuchten, nach verschiedenen Richtungen hin untersucht. Von den Resultaten, die er erhielt, sollen nur folgende Einzelheiten hervorgehoben werden: Hypertrophische Rhinitis wurde bei 216 Kindern (36 pCt.) gefunden — Buccale Respiration bei 82 Kindern (14 pCt.), von welchen 28 hochgradig entwickelte Vegetationen besassen — 213 Kinder (36 pCt.) hatten Tonsillitis hypertrophica, bei 75 (14 pCt.) war die Hypertrophie so gross, dass eine Tonsillotomie indicirt war. Durch Palpation des Nasenrachenraumes wurden adenoide Vegetationen bei 461 Kindern (83 pCt.) nachgewiesen. Nur bei 32 Kindern (6 pCt.) war die Schleimhaut glatt und die Cavität normal; 65 Kinder (11 pCt.) wurden nicht digital explorirt. Die adenoiden Vegetationen waren bei 33 pCt. (189 Kinder) in höherem Grade vorhanden.

SCHMIEGELOW.

43) **P. Hellat. Ueber adenoide Wucherungen bei Erwachsenen. (O shelesbistich rasroschtschenijach u wsroslich.)** *Wratsch. No. 34. 1898.*

Nach Verfasser ist die Anschauung irrig, dass die adenoiden Wucherungen in den Pubertätsjahren oder bis zum 30. Jahre schwinden. Die Wucherungen bleiben, nur die Symptome wechseln. Diese sind bisher bei Erwachsenen nicht genügend klargelegt. Nach H. kann man dieselben in zwei Categorien theilen: 1. solche, die viel Aehnlichkeit mit denjenigen der Neurasthenie haben, 2. in

locale Erscheinungen von Seiten der Ohren, der Nase, des Pharynx und Larynx. Die Operation ist die einzige rationelle Therapie. Nur führt sie H. nicht mit dem Gottstein'schen Ringmesser in Schmidt'scher Modification, sondern mit einem von ihm selbst modificirten Instrument aus. Der Ring bei seiner Modification ist leicht stumpfwinklig zum Stiel und die Schneide etwas nach aussen gerichtet. Autoreferat.

44) **Kyle. Zur Behandlung der ödematösen Verdickung des Lymphgewebes des Nasenrachens und der Tonsillen. (In oedematous thickening of the lymphatic tissue of the nasopharynx and tonsils.)** *N. Y. Medical Record. 5. Februar 1898.*

Rp. Ichthyol 10,0
Aqu. destill. 20,0
M. D. S. Einmal täglich zu appliciren nach vorheriger Reinigung der Theile mit einer alkalischen Lösung. LEFFERTS.

45) **Chas. J. Proben. Die Entfernung der adenoiden Geschwülste des Nasenrachenraums. (The removal of adenoid growths of the nasopharynx.)** *N. Y. Medical Journal. 19. Februar 1898.*

Verf. kleidet ein altes, wie es schien längst überwundenes Ding in neue Worte. Nach mehreren stilistisch sehr schönen, thatsächlich aber nichts Neues bietenden Spalten kommt er zu dem überraschenden Schluss, dass von all' den Instrumenten, die zur Operation der Adenoiden empfohlen wurden und deren Zahl Legion ist, die Curetten (nach Gottstein) und die Zangen (nach Löwenberg) zwar nützlich zur Entfernung des Gewebes en masse sind, dass sie aber doch „an Werth zurückstehen vor dem Gebrauch des scharfen Fingernagels als Curette“. Die verschiedenen Instrumente mögen noch so sehr den anatomischen Verhältnissen angepasst sein und noch so fein gehandhabt werden, stets bilden sie eine Quelle der Reizung. Sie können einen Hohlraum nicht so gründlich reinigen, wie der von dem „Tactus eruditus“ geleitete Fingernagel.

Wir können der Operationsmethode P.'s keine Bewunderung zollen. Nicht nur, dass er Narkose braucht und Rose's Position des Kopfes, dann den Denhard'schen Mundsperrer und eine Naht zum Fassen der Zunge, er verlangt auch noch die vorherige Exstirpation der Gaumenmandeln; und selbst dann verlässt er sich noch nicht auf seinen scharfen Fingernagel und sein „Tactus eruditus“, sondern er benutzt jetzt — wie er selbst erzählt — die Gottstein'sche Curette, danach die Löwenberg'sche Zange und nach diesen erst bringt er den vielgerühmten Fingernagel ins Spiel, der dann gründlich alle Reste entfernt und die Nischen und Buchten besonders aufräumt. „Eile ist nicht nöthig, obgleich die Blutung bisweilen reichlich ist.“ LEFFERTS.

46) **J. Sendziak. Zur Frage der Complication bei der Operation der sog. adenoiden Vegetationen. (W kwestyi powiktau po operacyi t. zw. wyrosti adenoidalnych w jamie nosogardzielowej.)** *Nowiny lekarskie. No. 5. 1898.*

Verf. hat bei 2 Kindern, bei denen er die genannte Operation ausgeführt hat, 2 Stunden darauf malarische Anfälle (Febris quotidiana), die einige Tage

anhielten, beobachtet. Dieselben hörten nach Anwendung von Chinin auf. Da auch bei anderen Mitgliedern der Familie, die nicht operirt worden waren, ähnliche Anfälle eintraten, so scheint es dem Referenten nicht richtig, die obengenannten Anfälle als postoperative Complication zu betrachten.

A. v. SOKOLOWSKI.

47) **Seifert** (Würzburg). **Ueber die Operation der adenoiden Vegetationen.** *Die ärztl. Praxis. 6. 1898.*

S. befürwortet die Vornahme der Operation in Chloroformnarkose, er bedient sich des Gottstein'schen oder Beckmann'schen Ringmessers und hält eine locale Nachbehandlung für unnöthig. Grosses Gewicht legt er auf zweckmässige Athemgymnastik zur Nachbehandlung. Autoreferat.

48) **Hessler. Ueber den Zeitpunkt und die verschiedenen Methoden der Operation der Rachenmandel und der Gaumenmandeln bei acuten Mittelohrentzündungen.** *Mon. f. Ohr. No. 2. 1898.*

H. operirt gleich nachdem der Höhepunkt der allgemeinen und localen entzündlichen Erscheinungen vorüber, aber noch im entzündlichen Stadium der Ohraffection, was den günstigsten Einfluss auf den Verlauf der Ohraffection hat. Die Operation vor totaler Rückbildung der Mandeln ist leichter, da man nur so möglichst viel davon entfernen kann, was nöthig ist, um Recidive zu verhüten. H. empfiehlt das von ihm modificirte Schütze'sche Pharynxtonsillotom und hält Narkose für unnöthig.

SCHECH.

49) **Zander** (Konitz). **Ueber die unangenehmen Zufälle bei der Operation adenoider Wucherungen im Nasenrachenraume.** Dissert. Würzburg 1898.

Z. berichtet über einen Fall, einen 29jährigen Burschen betr., bei welchem nach der Entfernung der adenoiden Vegetationen mit dem Beckmann'schen Messer eine so schwere Blutung entstand, dass die Tamponade des Nasenrachenraumes vorgenommen werden musste. In einem anderen Falle wurde bei einem 7jährigen Knaben mit dem gleichen Instrumente der Vomer mitherausgeholt.

SEIFERT.

50) **J. Sendziak** (Warschau). **Ueber die Resultate der operativen Behandlung der sog. Adenoidalvegetationen in der Naso-pharynxhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. S. 443. 1898.*

Verf. hat unter 8000 Patienten 718mal Adenoide constatirt und davon 336 operirt. Er berichtet über die Resultate der Operationen, die er in folgenden Punkten zusammenfasst:

1. Die Wiederherstellung der Permeabilität der Nase.
2. Mehr oder weniger bedeutende Besserung des Allgemeinzustandes.
3. Günstiger Einfluss auf die Intelligenz.
4. Günstiger Einfluss auf Gehörstörungen.
5. Erfolgreiche Behandlung der Taubstummheit.
6. Die Beseitigung der localen Veränderungen in den Nasenhöhlen und im Pharynx.

7. Heilung der Reflexneurosen.
8. Vortheilhafter Einfluss auf vermeintliche Lungenblutungen.
9. Beseitigung von Sprachstörungen.

F. KLEMPERER.

51) **Cholewa. Einiges über die Technik der Operation der adenoiden Wucherungen.** *Mon. f. Ohr. No. 12. 1897.*

Nach einer Kritik des Beckmann'schen Messers und der neuesten von Hartmann angegebenen Zange wendet sich Ch. gegen die Untersuchung mit dem Finger, die ekelhaft, gefährlich und schmerzhaft sei. Cocain ist wegen der Gefahr der Blutung bei der Operation zu vermeiden; Ch. empfiehlt zur Narkose eine Mischung von Aeth. sulf. 60,0, Chlorof. 15,0 und Aether petrolei 5,0. Es ist nicht richtig, dass der acute Schnupfen nach Beckmann in einer primären Entzündung der Rachenmandel besteht.

SCHECH.

52) **Jancquet. Beitrag zur Behandlung der adenoiden Vegetationen; die Anwendung des Bromaethyls als allgemeines Anästheticum. (Contribution au traitement des adenoides. L'emploi du bromure d'éthyle comme anésthésique général.)** *La Presse Méd. Belge. No. 41. 1898.*

J. vertheidigt die Anwendung des Bromäthyls als allgemeines Aestheticum gegen Dr. Jossuet, welcher dem Chloroform den Vorzug giebt. Er führt seine Argumentation ins Feld, welche im Berichte über die Belgische oto-laryngologische Gesellschaft von 1897 angeführt ist.

BAYER.

53) **Jancquet. Beitrag zur Behandlung der Adenoiden. (Contribution au traitement des adénoides.)** *La Presse Méd. Belge. No. 42. 1898.*

Weitere Entgegnungen auf die Behauptungen, welche Dr. Jossuet in seinem Artikel über die „Adenoiden" aufgestellt hat. Nichts Wesentliches.

BAYER.

54) **St. Clair Thompson. Zange für Adenoidwucherungen im Nasenrachenraum. (Forceps for nasopharyngeal adenoids.)** *Lancet. 26. Februar 1898.*

Abbildung der Zange, die mit geringen Modificationen der Jurasz'schen gleicht. Dieselbe ist zu haben bei Mayer u. Meltzer.

ADOLPH BRONNER.

55) **Walter F. Chappell. Zange und Curette zur Entfernung adenoider Wucherungen. (Forceps and curette for the removal of adenoids.)** *N. Y. Medical Record. 16. April 1898.*

Eine Modification der Gottstein'schen Curette (was der Autor übrigens nicht sagt), bei der der schneidende Rand gezahnt und nicht sehr scharf ist. Man sollte meinen, dass die Zähne die Schleimhaut zerreissen; thatsächlich aber wird die Schleimhaut nach den Versicherungen des Verf.'s geschont, während das Instrument die kleinsten Mengen des adenoiden Gewebes leicht fasst.

LEFFERTS.

56) **Denker** (Hagen). **Ein neues Instrument zur Entfernung adenoider Vegetationen.** *Arch. f. Ohrenheilk. 43. Bd. 4. Heft. 1898.*

Das Instrument ist eine stark abgebogene Scheere mit einem Gitter zum Auffangen des Abgeschnittenen. (Steiner, Frankfurt a. M.)

SEIFERT.

57) **Johann Fein. Eine neue Nasenscheere.** *Fränkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 7. S. 475. 1898.*

Beschreibung und Abbildung einer Doppelscheere, die F. zur Entfernung der hinteren Muschelenden empfiehlt.

F. KLEMPERER.

58) **Amberg. Ein neues Nasenspeculum.** *Mon. f. Ohr. No. 1. 1898.*

Zu beziehen bei Pfau, Berlin.

SCHECH.

c. Mundrachenhöhle.

59) **L. Lavraud. Die glandulären Anginen. (Les angines glanduleuses.)** Paris 1898.

L. fasst unter diesem Titel alle Erkrankungen zusammen, die sich im lymphoiden Gewebe des Halses und des Rachens abspielen, von der einfachen umschriebenen oder diffusen Entzündung bis zu der Hypertrophie der Tonsillen und den adenoiden Vegetationen. Der Bezeichnung Anginen wird damit freilich eine erhebliche Elasticität gegeben, aber schliesslich ist dies nur eine Namenfrage.

Die acuten und chronischen Pharyngitiden bespricht Verf. ausführlich; besonders aber verweilt er bei der chronischen Entzündung des retronasalen Raums.

Am Schluss behandelt Verf. die Anginaformen, die bei Albuminurie, bei Diabetes, bei Typhus etc. vorkommen und erörtert die Beziehungen des Nasenrachens zum Gesichtserysipel. Das Büchlein ist vorwiegend klinischen Inhalts und für den Praktiker geschrieben.

A. CARTAZ.

60) **J. Raczynski. Ueber die sogen. Angina ulcerosa. (O tak zwanem „wrzodliwem zapaleniu gardta" [Angina ulcerosa] i jego rozvoznieniu od btonicy.)** *Przeglad lekarski. No. 46, 47. 1898.*

Nachdem Verf. die sogen. Angina ulcerosa vom klinischen, bacteriologischen und differential-diagnostischen Standpunkte aus besprochen hat, beschreibt er einen diesbezüglichen Fall.

Ein 3jähriges Mädchen fieberte seit 2 Tagen und klagte über Schlingbeschwerden. Es wurde auf beiden Tonsillen ein diphtherieähnlicher Belag constatirt und sofort eine antidiphtheritische Seruminjection applicirt. Nächsten Tag bestanden an Stelle des Belages Geschwüre, das Athmen war fötid, die Halsdrüsen stark geschwollen.

Die bacteriologische Untersuchung der Membran zeigte keine Diphtheriebacillen, sondern nur die von Bernheim und Pospiszil beschriebenen Bacillen der Angina ulcerosa.

Das Kind genas allmälig.

A. v. SOKOLOWSKI.

61) **D. J. Russel Thompson** (Liverpool). **Ein Fall von nicht-diphtheritischer membranöser Halsentzündung. (A case of non-diphtheritic membranous sore-throat.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1898.*

Es handelte sich wahrscheinlich um eine Streptokokken-Infection. Ausser

sehr zahlreichen Kettenkokken ergab die Cultur einen Bacillus, der kürzer und dicker, und einen zweiten, der länger war, als der Löffler'sche. Albuminurie bestand nicht, ebensowenig Lymphdrüsenschwellung oder eine Lähmung.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

62) **Troisier** und **Decloux. Phlebitis des Beins nach Streptococcenangina. (Phlébite de la jambe consécutive à une angine à streptocoques.)** *Bull. Soc. méd. des hôpit. 11. Februar 1898.*

19jähriger junger Mann ins Krankenhaus aufgenommen mit einfacher Angina ohne wesentliches Fieber. Die bakteriologische Untersuchung ergiebt das Vorhandensein von Streptokokken. Nach 3 Tagen sind die paar Flecken, die im Halse zu sehen gewesen waren, verschwunden und der Kranke verlässt das Spital am 6. Tage als geheilt. Er ist den ganzen Tag auf den Beinen und klagt am nächsten Morgen über einen heftigen Schmerz in der Kniekehle. Das Bein schwillt an und am 3. Tag nach seiner Entlassung kehrt Pat. ins Krankenhaus zurück. Man constatirt eine Phlebitis, die aber in wenigen Tagen ohne weitere Complication zur Heilung kommt.

Die Verff. haben in der Literatur diese Complication einfacher Angina nur 2mal erwähnt gefunden; ähnliche Fälle sind von Turnbull (R. S. M. XXXVII, 649) und Vaquez (Clinique de la Charité) mitgetheilt.

A. CARTAZ.

63) **Karl Wäldin. Beitrag zur Casuistik des Herpes zoster palati duplex.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 7. S. 309. 1898.*

Eine fleissige literarische Studie über den Herpes des Mundes und Rachens. Einige Aehnlichkeit mit dem Herpes zoster weisen nach W. auf: 1. die acute Angina lacunaris s. follicularis; 2. der Pseudoherpes des Pharynx und Larynx; 3. das Ulcus benignum von Heryng und 4. die acuten Nachschübe im Verlauf der durch Leptothrix bewirkten Pharynxmycose.

Der Herpes der Mundhöhle selbst tritt in 3 Formen auf, als:

1. infectiöse Form, der Angina herpetica entsprechend, doppelseitig;
2. trophoneurotische Form, dem Zoster pharyngis (Z. bucco-pharyngeus) zugehörig, halbseitig;
3. chronische, recidivirende Form, ähnlich dem Herpes genitalis, mit dem sie oft zusammenfällt.

Der doppelseitige Herpes zoster im Munde ist sehr selten. Bisher sind nur 2 Fälle berichtet; W. fügt diesen einen dritten, in der Haug'schen Poliklinik in München beobachteten hinzu.

F. KLEMPERER.

64) **Baumgarten. Casuistik.** *Mon. f. Ohr. No. 6. 1898.*

B. theilt einen Fall von Bulbärparalyse mit und spricht über einen Fall von Geschwüren des harten Gaumens, die bis aufs Periost dringen, und über deren Natur B. und Andere nichts Bestimmtes aussagen konnten.

SCHECH.

65) **J. Brault. Leucoplasie und primäres Epitheliom der Gaumenwölbung bei einem alten Syphilitiker. (Leucoplasie et epithelioma primitif de la voute palatine chez un ancien syphilitique.)** *Annal. de dermat. IX. p. 364.*

Der Fall ist wegen seiner Seltenheit von Interesse. Ein 69jähriger Mann,

der mit 29 Lues acquirirt hat, erkrankt an einem primären Epitheliom des Gaumendachs. Vor 2 Jahren hat sich der Pat. aus Versehen eine kleine Verbrennung des Gaumens zugezogen, die eine Abschuppung im Gefolge hatte. Seit zwei Monaten ist die leucoplacische Stelle ulcerirt und jetzt besteht mitten am Gaumen eine fungöse Ulceration, während beiderseits die Submaxillardrüsen geschwollen sind. Die specifische Behandlung, die der Kranke fordert, bleibt ohne Erfolg. Der Kranke stirbt 4 Monate später an Cachexie. Ein Stück der Neubildung, das intra vitam entfernt war, sichert die Diagnose auf (gelapptes Pflasterzellen-) Epitheliom.

A. CARTAZ.

66) **Dufour. Sequester des harten Gaumens. (Séquestre de la voute palatine.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 7. 1898.*

Vorzeigen im Cercle Méd. von Brüssel, Sitzung vom 7. Januar 1898, eines 50 centimestückgrossen Sequesters aus der Mitte des harten Gaumens mit seiner Naht in der Mitte. Heilung durch Jodbehandlung.

BAYER.

67) **Gevaert. Die Tumoren des weichen Gaumens. (Les tumeurs du voile du palais.)** *No. 13. 1898.*

G. theilt zwei Fälle von Geschwülsten des weichen Gaumens mit, von denen der eine ein primäres, erbsengrosses Epitheliom, mit regionärem Drüsenrecidive, der andere ein mandelgrosses Adenosarcom, welches sich leicht ausschälen liess, darstellt.

BAYER.

68) **Gratia. Tumor des Gaumensegels. (Tumeur du voile du palais.)** *La Clinique. No. 48. 1898.*

In der Sitzung vom 23. November 1898 des „Cercle d'Etudes médicales" zeigt G. Photographien mikroskopischer Präparate vor, deren Schnitte einem Gaumensegeltumor entnommen sind. G. hält denselben für eine Mischgeschwulst, für ein „endotheliales Angiosarcom".

BAYER.

69) **Goris. Bemerkungen über die Uranostaphylorraphie. (Notes sur l'uranostaphylorraphie.)** *La Presse méd. Belge. No. 2. 1898.*

G. operirt bei herabhängendem Kopfe und wartet nicht das 15.—16. Jahr ab; sein jüngster operirter Fall hatte $5^1/_2$ Jahre. Die Operation wird in 3 Zeiten ausgeführt:

1. Anfrischen der freien Ränder des harten Gaumens;
2. Loslösen der Lappen;
3. Anfrischen der Gaumensegelränder, Anlegen der Nähte und Entspannungsincisionen.

Um rasch und mit gutem Erfolg zu operiren, müsse man

1. breite Lappen lospräpariren und die der Flügelbeinapophyse adhärirende Partie des Pharynx mit hereinnehmen;
2. mit der Operation fortfahren, während man die blutenden Incisionen tamponirt;
3. die Ränder $^1/_2$ cm vom freien Rand entfernt anlegen und schliesslich das Gaumensegel parallel zur Sutur des Zäpfchens incidiren.

BAYER.

70) **W. Einthoven** (Leiden). **Ueber die Bewegungen des Pharynx. (Over de bewegingen van den pharynx.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneeskund. II. p. 1053. 1898.*

Auszug aus dem Capitel des Verf. in Heymann's Handbuch, mit Reproduction der dort erwähnten stereoskopischen Momentaufnahmen. H. BURGER.

71) **L. S. Somers. Rheumatische Pharyngitis. (Rheumatic pharyngitis.)** *N. Y. Med. News. 16. Juli 1898.*

Krankengeschichte einer Frau, die in jedem Jahre eine Attacke von Gelenkrheumatismus hatte und jedesmal vorher an einer Halsaffection litt. Die Untersuchung ergab einen peritonsillären Abscess. 48 Stunden nach der Behandlung mit Salicylpräparaten und nach Entleerung des Eiters waren die Schmerzen und die Schwellung beseitigt und der Rachen bot ein normales Bild. Dann erst trat der Gelenkrheumatismus ein, der 1 Woche dauerte. In derselben Reihenfolge spielte sich die Krankheit jedesmal ab und die Halssymptome wurden nur durch antirheumatische Behandlung gebessert. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

72) **C. E. van der Horst** (Zaandyk). **Chronische Pharyngitis in Beziehung zu der Diagnose Syphilis. (Chronische pharyngitis in verband met de diagnose syphilis)** *Med. Weekbl. V. No. 20.*

H. referirt einen Aufsatz von Garel (Semaine méd. 6. Juli 1898) und beschreibt einen Fall, wo, nach einem ganz kleinen Primäraffect an der Lippe ohne Drüsenschwellung, als erstes Zeichen der secundären Lues eine hartnäckige, schmerzhafte Pharyngitis bestand. H. BURGER.

73) **M. Toeplitz. Leptothrixmycose des Rachens. (Mycosis pharyngis leptothricia.)** *N. Y. Med. Journal. 25. Juni 1898.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

74) **Bergeat. Plaques muqueuses der hinteren Rachenwand.** *Münch. medicin. Wochenschr. No. 47. 1898.*

Mittheilung eines solchen Falles, der wegen seiner seltenen Localisation auf der Hinterwand interessant ist, auch Ref. sah nur einige wenige Fälle der Art.

SCHECH.

75) **Stooss** (Bern). **Ein behaarter Polyp des Rachens.** Bericht des Jenner'schen Kinderspitals von 1898. Bern bei Schmid u. Franke.

$^1/_2$jähriges Kind. Seit dem 3. Lebensmonat mühsames, rasselndes Athmen und Erstickungsanfälle. Graurother, frei herunterhängender Tumor neben der Uvula hervorragend, mit einem Stiel am Rachendach, an der Schädelbasis befestigt.

Nach der Entfernung erweist er sich als rundlich walzenförmig, mit Haut und Lanugo bedeckt: 3 cm lang, 1 cm breit, excentrisch eine starke Vertiefung. Mikroskopisch Epidermis, Haarbälge und Talgdrüsen; eine Art Foetus in foeto.

JONQUIÈRE.

d. Diphtheritis und Croup.

76) **Gratia** und **Lienaux. Beitrag zum bacteriologischen Studium der Vogeldiphtheritis. (Contribution à l'étude bactériologique de la diphtérie aviaire.)** *Bulletin de l'Académie Roy. de Méd. de Belgique. No. 4. 1898. La Presse Méd. Belge. No. 22. 1898.*

G. und L. kommen auf Grund bakteriologischer Untersuchungen zu dem Schlusse, dass im Schnabel von an epizootischer Diphtheritis erkrankten Tauben ein durch seine morphologischen Eigenschaften, seine Culturen und seine bestimmten chemischen Reactionen dem Klebs-Löffler'schen sehr ähnlicher Bacillus sich vorfinde, der jedoch eine sehr schwache Virulenz besitze und gar keine für das Meerschweinchen.

Da sie aus Mangel genügender differenzieller Kriterien nicht ganz bestimmt darthun konnten, ob es sich um einen pseudodiphtheritischen oder attenuirten Klebs-Löffler'schen Bacillus handle, und daher die Frage offen lassen, so geben sie doch zu, obgleich nach dem gewonnenen Eindruck sie sich zu Gunsten der ersten Hypothese aussprechen möchten, dass zum mindesten eine Präsumption zu Gunsten der zweiten Annahme bestehe, und demgemäss vom hygienischen Standpunkt aus darauf zu achten wäre. BAYER.

77) **Riese** (Britz). **Beiträge zur Serumtherapie bei Diphtherie.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 57. Bd. 4. Heft. 1898.*

Von 100 mit Heilserum behandelten Kindern starben 8, 56 mussten tracheotomirt werden, auf diese treffen 4 Todesfälle. Aus der Zusammenstellung dieser Fälle geht hervor, dass, je früher mit der Serumbehandlung begonnen wird, um so günstiger der Krankheitsverlauf sich gestaltet. Grosse Dosen sollten einverleibt werden, wenn die Kinder erst am dritten Tage oder später zur Beobachtung kommen, ebenso in Fällen von Mischinfection und von schwerer toxischer Diphtherie.

SEIFERT.

78) **Krönlein** (Zürich). **Ueber die Erfahrungen mit dem diphtheritischen Heilserum an der chirurgischen Klinik in Zürich.** Vortrag am klinischen Aerztetag in Zürich, 11. Mai 1898. — *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerte. No. 14. 1898.*

Kr. wollte sich in diesen Fragen nicht aussprechen, bis ein halbes Tausend genau controlirter Fälle durch seine klinische Beobachtung durchgegangen war. Er spricht jetzt seine Ansicht dahin aus, dass das Behring'sche Heilserum in der Behandlung der Halsdiphtherie einen wichtigen Factor bildet und dass der gewaltige Umschwung in den Mortalitätsverhältnissen der Diphtherie seit 1894 völlig unerklärlich ist, wenn man die Heilwirkung des Serum leugnet. Hingegen wünschte der Vortragende behufs eines völlig objectiven Urtheils doch zu vernehmen, ob es nicht noch grosse klinische Anstalten gebe, wo nicht gespritzt werde, so dass man das noch fehlende Experimentum crucis bekäme zur absoluten Entscheidung der Frage, ob nicht der genannte Umschwung einer Veränderung des Genius morbi beizumessen sei. JONQUIÈRE.

79) T. Hellström (Stockholm). **Fortgesetzte Untersuchungen über die Blutserumtherapie gegenüber Diphtherie. (Fortsatte pröfningar af blodserumterapien mot diphtheri.)** *Hygea. p. 26. 1898.*

In diesem Vortrag, der in der allgemeinen Versammlung schwedischer Aerzte in Stockholm am 6. August 1897 gehalten wurde, stellt sich Verf. auf die Seite Derer, die die Auffassung verfechten, dass sich durch die Serumtherapie die Prognose der Diphtheriepatienten bedeutend verbessert hat. SCHMIEGELOW.

80) **Sevestre. Statistisches über die Diphtheritisfälle im Hôpital des Enfants Malades im Jahre 1897. (Statistique de la diphthérie à l'hôpital des Enfants Malades pendant l'année 1897.)** *Société Médicale des Hôpitaux. 29. April 1898.*

Die Statistik umfasst 580 Fälle; von diesen starben 101, und zwar 43 in den ersten 24 Stunden nach der Aufnahme.

99 Kranke hatten eine Streptococcendiphtherie. Bei dieser Form war die Mortalität fast dreimal so gross als bei allen anderen Formen der Erkrankung.

Alle Patienten — mit einigen wenigen Ausnahmen — erhielten bei der Aufnahme eine Seruminjection. Ausserdem wurden reichliche Ausspülungen des Halses und der Nase mit 5proc. Labarraque'scher Lösung oder mit 1proc. Chlorallösung gemacht.

Bei den Mischinfectionen wurden die Mandeln mit Jodtinctur gepinselt oder mit Salol eingepulvert.

Croup kam 341mal vor. Die Intubation wurde bei 203 Kindern gemacht; es starben von diesen 40 (21 mehr als 24 Stunden nach der Aufnahme). 21mal folgte der Intubation noch die Tracheotomie. 17 Kinder wurden sofort tracheotomirt.

PAUL RAUGÉ.

81) . . . **Statistische Erfahrungen über die Serumtherapie bei Diphtherie. Bericht der Specialcommission der Clinical Society. (Statistics of diphtheria antitoxin. Report of special committee of the clinical society.)** *Clin. Soc. Transactions. Brit. Med. Journal. 4. Juni 1898.*

Der Bericht umfasst 633 Fälle; die meisten wurden persönlich von den Comitémitgliedern überwacht, ein Rest stammt von Aerzten, die hinsichtlich der Zuverlässigkeit der Diagnose nnd der Behandlung alle Garantien bieten. Zu dem Comité gehörten die Herren Church, Stephen Mackenzie, Sidney Coupland, Hale White, Sidney Martin, W. Pasteur, Washbourn, Hawkins und Goudall. Die Enquête begann im Januar 1895.

Die Fälle theilen sich in 5 Classen nach der anatomischen Vertheilung der Pseudomembranen und wieder in 2 Serien: eine, bei der das ganze Serum in den ersten 48 Stunden der Behandlung verabreicht wurde, und eine zweite, bei der die Injection sich über eine längere Zeit erstreckte.

Von den Fällen mit schweren Kehlkopfsymptomen entgingen nahezu 50pCt. der Tracheotomie. Nur 2 von 75 Tracheotomien wurden später als 24 Stunden nach der ersten Injection ausgeführt. Die Mortalität der operirten Fälle belief sich auf 36 pCt., während eine Controlserie, die früheren Krankenhausberichten entnommen

ist, 71,6 pCt. Mortalität zeigt. Die Mortalität ist auch jetzt, wie in der Vorserumzeit, umgekehrt proportional dem Alter. Doch sind die Veränderungen, die der Gebrauch des Serums in der Mortalitätsziffer herbeigeführt hat, ganz deutlich, am deutlichsten bei Kindern unter 5 Jahren. Dieser Erfolg scheint hauptsächlich dadurch bedingt, dass bei den mit Serum behandelten Fällen weit weniger häufig die Membran sich in den Larynx und die Trachea hinunter ausdehnt.

Die Gesammtmortalität erreichte 19,5 pCt. gegen 29,6 pCt. der Controlserie. Weiter war die Dauer bei den letal endigenden Fällen grösser als bei den Fällen der Controlserie, ein Umstand, der für die Häufigkeit des Vorkommens von Lähmungen von Bedeutung sein kann.

Ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Lähmungen und der Menge des injicirten Serums erscheint ganz und gar ausgeschlossen; auch die Zeit, wann zuerst das Serum angewandt wurde, schien ohne Einfluss auf das Auftreten der Lähmung.

Ausschläge traten nach der Seruminjection bei fast einem Drittel der Fälle auf. Exantheme von erythematösem Charakter waren häufiger, als Urticariaformen. Der Ausschlag kam gewöhnlich zwischen dem 6. und 12. (besonders am 8.) Tage nach der ersten Injection zum Ausbruch; seine Dauer war verschieden und in der Hälfte der Fälle wurde etwas Fieber notirt. Mit dem Alter des Patienten und der Phase der Krankheit hatte der Ausschlag keine Beziehung; auch übte er auf den schliesslichen Ausgang des Falles keinen Einfluss.

Gelenkschmerzen, die in der Controlserie gar nicht verzeichnet sind, kamen in ein paar Fällen zur Beobachtung. Diese hatten nahezu auch alle Ausschlag und Fieber. In vereinzelten Fällen ist auch Fieber ohne Gelenkschmerzen und ohne Exanthem während der Reconvalescenz verzeichnet.

Der Tod durch Anurie ist in der Serumreihe und der Controlserie gleich häufig beobachtet.

Ausser dem Exanthem, Gelenkschmerz und Fieber sind Nebenwirkungen auch nach grossen Mengen Serums nicht zu constatiren gewesen.

ERNEST WAGGETT.

82) **J. E. Walsh. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 18. Juni 1898.*

Verf. berichtet über die Erfolge der Serumtherapie in Washington. Wir entnehmen seiner Arbeit folgeude Zahlen:

1895—96:

Fälle mit Serum behandelt	174
Fälle mit anderen Methoden behandelt . . .	152
Es starben von den mit Serum behandelten . .	23
Es starben von den auf andere Weise behandelten	53
Mortalität bei Serumtherapie	13,2 pCt.
Mortalität ohne Serum	34,9 „
Mortalität bei Kindern unter 12 Jahren mit Serum	16,3 „
„ „ „ „ 12 „ ohne „	41,5 „

1896—97:

Mit Serum behandelt 285.	Todesfälle 21.	Mortalität	7,3 pCt.
Ohne „ „ 335.	„ 89.	„	26,6 „
Fälle unter 12 Jahren der 1. Abtheilung 235.		„	8,9 „
„ „ 12 „ „ 2.	„ 256.	„	33,2 „

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

c. Kehlkopf und Luftröhre.

83) **H. Eichler** (Cottbus). **Zur Frage: „Sind Drüsen im wahren Stimmbande enthalten?“** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. S. 462. 1898.*

E. giebt Abbildungen von einem kleinen Fibrocavernom, das er zugleich mit seiner Ursprungsstelle am Stimmbande entfernt hat. Auf den Schnitten sieht man deutlich eine acinöse Drüse, deren Ausführungsgang auf der Oberfläche des Stimmbandes nahe dem freien Rande mündet. E. nimmt an, dass die Mündung ursprünglich am freien Rande selbst lag und durch das Wachsthum des subglottisch sitzenden Knötchens ein wenig verdrängt ist. F. KLEMPERER.

84) **J. Hirschberg. Anmerkung über die griechischen Bezeichnungen für Besichtigung und Spiegelung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. S. 454.*

85) **Derselbe. Zusatz zu vorstehender Anmerkung.** *Ebenda. Bd. 8. S. 199.*

86) **Kirstein. Erwiderung auf Prof. J. Hirschberg's neuste Mittheilung.**

87) **J. Hirschberg. Schlusswort.** *Ebenda. Bd. 8. S. 394.*

Hirschberg erklärt den Ausdruck Autoscopia laryngis für unverständlich. Wer ein Fremdwort nicht entbehren wolle, solle Ithyscopia (oder andernfalls Orthoscopia) laryngis sagen. Vorzuziehen seien die deutschen Ausdrücke: Kehlkopf-Spiegelung und Kehlkopf-Betrachtung.

Kirstein bleibt bei dem Ausdruck Autoscopie stehen; Hirschberg bringt weitere Belege dafür, dass Autoscopie nur das Selbst-Spähen, das Spähen in eigener Person (eventuell das Spähen an seiner eigenen Person, vielleicht auch das Spähen an sich, das vollendete Spähen) bezeichnen könne, aber niemals das gradlinige, directe Spähen ohne Spiegel. F. KLEMPERER.

88) **W. Cowl. Ein neuer Maulsperrer nebst Kehldeckelhalter zur unmittelbaren Laryngoskopie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. S. 478. 1898.*

C. giebt die Abbildungen und Beschreibungen einer Reihe sehr zweckmässiger Instrumente für die Laryngoskopie beim Thiere (Maulsperrer, Kopfhalter, Operationsbrett, Zungenzange). F. KLEMPERER.

89) **E. Winckler** (Bremen). **Ueber Massage des Kehlkopfes.** *Wiener medicin. Wochenschr. No. 14. 1898.*

Bezüglich der Massagewirkung kann W. bei atrophischen Schleimhauterkrankungen der obersten Luftwege über keine günstigen Resultate berichten, desgleichen nicht bei Paresen der Larynxmuskeln, welche durch fehlerhaften Ge-

brauch oder Ueberanstrengung der Stimme entstanden sind. Für „eher“ indicirt hält W. die Massage bei hysterischen Lähmungen wegen des psychischen Effects. Bei den durch leichte Verdickungen der Larynxhinterwand bedingten Schwächezuständen der Larynxmuskulatur wandte W. die äussere Kehlkopfmassage mit dem von M. Schmidt und Spiess empfohlenen Concussor mit recht gutem Erfolge an.

CHIARI.

90) **A. Rundström** (Stockholm). **Zwei Fälle von Larynxstenose. (Tvaa fall af Larynxstenos.)** *Svenska Läkaresällskapets förhandlingar. 22. Febr. 1898.*

Nähere Details fehlen.

SCHMIEGELOW.

91) **H. B. Gardner. Stenosirende Kehlkopfaffectionen und ihr Verhalten bei der Chloroformnarkose. (Obstructive laryngeal affections and their influence upon chloroform anaesthesia.)** *Lancet. 11. Juni 1898.*

Wie Verf. durch seine Beobachtungen an 6 Fällen erweist, ist die allgemeine Anschauung, dass Fälle von chronischer Kehlkopfverstopfung Narcotica nicht gut vertragen, unrichtig. Die durch die Obstruction verursachte Asphyxie erhält den Blutdruck und steigert die Athemenergie und dies kommt der Narkose zu statten.

ADOLPH BRONNER.

92) **S. J. Meltzer** (New York). **Ueber den Verschluss der Glottis während des Schluckactes.** *Centralbl. f. Physiol. No. 14. 1898.*

Versuche an Kaninchen haben dem Verf. erwiesen, dass der Glottisschluss gleich zu Anfang des Schluckes, gleichzeitig mit der Contraction der Mm. mylohyoid. stattfindet. Man sieht die Stimmbänder sich zusammenschliessen; dann schmiegen sich beide Aryknorpel fest aneinander und bücken sich stark nach vorn und unten und verschliessen fast vollständig den Kehlkopfeingang. Diese Bewegungen rühren nur von den Contractionen der eigenen Muskeln des Larynx her, die ihrerseits veranlasst sind durch Impulse, welche sie vom Centralnervensystem erhalten haben.

A. ROSENBERG.

93) **A. C. van Bruggen** (Dordrecht). **Ueber die Ursachen des anfallsweise auftretenden Hustens bei Kindern. (Over de oorzaken van aanvalsgewijze optredenden hoest bij kinderen.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. II. p. 754. 1898.*

Verf. bespricht die verschiedenen Affectionen, welche zu intermittirendem Husten Anlass geben können, und zwar Pharyngitis chron., die verschiedenen Mandelhyperplasien, Rhinitis chron., Fremdkörper in den Luftwegen und im Ohr, Hyperplasie der Tracheal- und Bronchialdrüsen, Influenza. Er bespricht den nervösen Husten und führt aus, dass die Tussis nocturna periodica als abgesonderte Krankheit aus der Pathologie verschwinden soll. Ausführlich verbreitet er sich über die Diagnostik des Keuchhustens und über die Bedeutung localer Rachenaffectionen und deren localer Behandlung für die Dauer und die Heilung des Keuchhustens.

H. BURGER.

94) **Kayser. Ueber dysphonischen nervösen Husten.** *Mon. f. Ohrenh. No. 11. 1898.*

Dysphonischer Husten ist ein solcher, der in einer akustischen Erscheinung

in erheblicher und das Gehör beleidigender Weise von dem gewöhnlichen abweicht. Dysphonisch wird der Husten, wenn der Kehlkopf besondere zu Dysphonie führende Veränderungen aufweist, wie Alteration der Stimmbänder, ungenügenden Glottisschluss, Schwingungen der Taschenbänder. Sehr oft ist die functionelle Dysphonie eine Begleiterin des nervösen Hustens. In einem Falle von feuersignalartigem Husten und Reizbarkeit der Zungentonsille sah K. den Kehldeckel sich über den Kehlkopfeingang hinüberlegen und deutlich schwingen; behinderte er die Abwärtsbewegung der Epiglottis durch Fixation mit der Sonde, dann war der Husten euphonisch, oder normal.

SCHECH.

95) **V. Uchermann** (Christiania). **Ein Fall von exspiratorischem functionellem Stimmritzenkrampf (exspiratorischer und rhythmisch spastischer Dyspnoe).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. S. 149.*

42jährige hysterische Frau, erkrankt akut an Athemnoth und Stridor. „Die Stimmlippen erscheinen normal, werden bei der Inspiration nach aussen bis zur gewöhnlichen Seitenstellung und mit gewöhnlicher Schnelligkeit bewegt; bei der Exspiration dagegen werden sie stark adducirt, bis sie sich beim Schluss der Ausathmung beinahe berühren unter Hervorbringung eines stridulösen Lautes." „Sie ist vollkommen aphonisch (aber nicht beim Husten), nach eigener Auffassung, weil das Sprechen sie schmerzt."

Die exspiratorische Form des Stimmritzenkrampfes ist der nervöse Husten; dieser kommt auch continuirlich und rhythmisch vor. Dem letzteren stellt U. seinen Fall zur Seite: „Man kann sagen, es ist dieser Zustand (sc. continuirlicher rhythmischer nervöser Husten) ohne Husten."

In den längeren Ausführungen, die U. der obigen Krankengeschichte vorausschickt, stellt er die Gründe zusammen, die dafür sprechen, dass sowohl bei der Respiration wie bei der Intonation eine gleichzeitige Innervation der antagonistischen Muskelgruppen, der Stimmbandabductoren und -adductoren, vor sich geht. „An dem Reflextonus (besser Semitonus), worin die Abductoren des Kehlkopfes bei der normalen, ruhigen Respiration sich befinden, nehmen auch die Adductoren theil, aber in schärferem Grade." Die Medianstellung des Stimmbandes bei Posticuslähmung erklärt U. in folgenden Sätzen: „Mit der Lähmung der Abductoren hört die von ihrer Contraction bedingte Hemmung ihrer Antagonisten (der Adductoren) auf. Die perverse Innervation ist also nichts als der freigemachte Reflextonus, durch die aufgehobene Hemmung verstärkt. Für die Innervation des Kehlkopfes gilt nach U. dieselbe Grundregel, die für alle antagonistischen Muskelgruppen gilt: „Gleichzeitige Innervation, aber mit Unterschied in der Stärke, d. h. mit gegenseitiger Inhibition."

F. KLEMPERER.

96) **Ch. Leroux** (Paris). **Die Lähmungen beim Keuchhusten.** *Journal de chir. et de therap. infantil. Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 13—18. 1898.*

Als die häufigsten bespricht Verf. zunächst die cerebralen, dann die medullären Paralysen, die peripheren und cerebrospinalen. Die Paralysen beim Keuchhusten sind seltene Complicationen.

CHIARI.

97) **C. E. Fiedeldy** (Haarlem). **Ein Recept gegen Keuchhusten. (Een recept tegen kinkhoest.)**

98) **W. Stoeder** (Amsterdam). **Marfan's Recept gegen Keuchhusten. (Marfan's recept tegen kinkhoest.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 4. 1898.*

F. sah einen Fall von Bromoform-Vergiftung bei einem zweijährigen Kinde, welche er der angewandten Arzneiform zuschreibt, und kritisirt in absprechender Weise die Marfan'sche Vorschrift:

Rp. Bromoform. 48 gutt.
Ol. amygd. dulc. 15 g
Misce, agita fortiter, deïn adde Gummi arab. 15 g
Aq. laurocer. 4 g
Aq. destill. q. s. ad 120 g.

S. vertheidigt diese Vorschrift mit pharmacologischen Gründen. Nur möchte er in derselben die Worte „misce, agita fortiter“ durch „solve in“ substituirt wissen.

H. BURGER.

99) **Weil** (Wien). **Chorea laryngis.** K. k. Gesellschaft der Aerzte, Sitzung vom 10. Juni 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1898.*

17 jährige Patientin. Seit 1 Jahre continuirlicher Husten. Die Diagnose zahlreicher Kliniken und Abtheilungen lautete auf Hysterie. W. fand die Ursache im Nasenrachenraum, nach zweimaliger Aetzung Heilung.

CHIARI.

100) **J. Middlemas Hunt** (Liverpool). **Kehlkopf-Schwindel. (Laryngeal vertigo.)** *The Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1898.*

Verf. berichtet über 2 Fälle; der eine betraf einen Mann von 48 Jahren, der zweite einen 52 jährigen. Nach einer Uebersicht über die bisher zur Erklärung dieser Anfälle aufgestellten Theorien classificirt Verf. die Fälle von Kehlkopfschwindel in folgender Weise: 1. Fälle im Anschluss an heftige Hustenparoxysmen mit mehr oder weniger vollständigem Glottiskrampf und starker cerebraler Congestion, wie dies manchmal bei Keuchhusten beobachtet wird. 2. Fälle von echter Epilepsie. 3. Fälle von eigentlichem Kehlkopfschwindel, besser gesagt von Ictus laryngis, bei denen auf eine Kehlkopfreizung mit wenig oder gar keinem Husten und ohne Glottiskrampf ein plötzlicher Schwindel und Bewusstlosigkeit folgt, die in ein paar Stunden vorübergeht.

A. LOGAN TURNER (P. Mc.BRIDE).

101) **V. Uchermann** (Christiania). **Acute Dyspnoe hervorgerufen durch Trendelenburg's Tamponcanüle.** *Fraenkel's Archiv für Laryngol. Bd. 8. S. 292. 1898.*

Bei einem wegen Larynxkrebs Operirten sah U., als er die nicht mehr ganz dichte Tamponcanüle von neuem stark aufblies, plötzlich stärkste inspiratorische Dyspnoe mit Cyanose auftreten. Beim Oeffnen des Hahnes der Canüle verschwand die Athemnoth sofort. Aehnliche Zufälle haben Semon und Kosinski bereits beschrieben. Semon erklärt die Dyspnoe als Reflexphänomen, bedingt durch die plötzliche Reizung der Nn. tracheales und vagi. Uchermann findet eine einfachere, rein mechanische Erklärung. Wenn er die Canüle in seiner geschlossenen

Hand stark aufblies, sah er, dass die Kautschukblase, die bei fortgesetztem Aufblasen nur nach oben und nach unten sich ausdehnen kann, bald unterhalb der Spitze der Canüle hervortrat und deren Lumen mehr oder weniger vollständig abschloss. Ereignet sich dies in der Trachea, so entsteht natürlich Dyspnoe und Asphyxie[1]). Man muss vor Einführung der Canüle feststellen, wie weit der Ballon zusammengedrückt werden darf; am besten ist, wenn der Ballon so klein ist, dass es überhaupt nicht zum Verschluss kommen kann. F. KLEMPERER.

102) **J. E. Barnett. Ein Fall von spasmodischer Dyspnoe. (A case of spasmodic dyspnoea.)** *Lancet. 30. April 1898.*

Der Knabe hatte seit seiner Geburt Anfälle von „Aechzen mit vollständigem Blauwerden" gehabt. Als er $3^1/_2$ Monate alt war, wurden die Anfälle häufiger. Am 17. März Ausführung der Tracheotomie. Anfangs Besserung; nach 3 Wochen aber ein besonders schwerer Anfall, in dem das Kind starb. Die Thymusdrüse war vergrössert. B. führt die Symptome auf einen Kehlkopfkrampf und auf directen Druck der Thymus auf die Trachea zurück. ADOLPH BRONNER.

103) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Was ist der sogen. typische inspiratorische Stridor der Säuglinge?** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 8. S. 326. 1898. Münch. med. Wochenschr. No. 30 u. 31. 1898.*

Verf. hat mehrere Neugeborene und Säuglinge zu untersuchen Gelegenheit gehabt, die an inspiratorischem Stridor litten. Die Haupterscheinungen dieser Krankheit sind: „Mehrmonatlicher, constanter, zeitweise gesteigerter, inspiratorischer Stridor mit starker Einziehung im Jugulum und den Flanken, ohne Cyanose, ohne Krämpfe und Rachitis, ohne Fieber, Husten, Heiserkeit, ohne sichtbare Erscheinungen am Kehlkopf und dabei gutes Gedeihen des Kindes."

Verf. wendet sich gegen die Erklärung dieses Zustandes als einer Coordinationsneurose und stellt 3 Fälle zusammen, in denen das Leiden sicher durch Trachealstenose infolge von Thymusdruck verursacht war; 2 von diesen Fällen wurden mit Erfolg operirt.

Für die Annahme einer Tracheostenosis thymica macht Verf. folgende Gründe geltend: 1. das Alter des Kindes, 2. die häufige Selbstheilung im zweiten Jahre nach mehrmonatlichem Bestehen, 3. das congenitale Vorkommen, 4. die Art der Heilung (bei starken Bewegungen des Kindes kommt der Stridor wieder zum Vorschein), 5. das zeitweise Aufhören des Stridors, wenn die Lage des Körpers geändert wird, 6. der negative Kehlkopfbefund, 7. der hohe Kehlkopfstand, 8. die Thatsache, dass der Lufteintritt in einen Bronchus stärker ist, als in den anderen, so dass die Einziehung und das Athmungsgeräusch auf der Brust deutlich ungleich ist.

---

1) Das soll nicht bestritten werden. In dem Bericht des Herausgebers des Centralblatts über seinen eigenen Fall (Monatsschrift für Ohrenheilkunde, No. 6, 1879) aber hiess es ausdrücklich: „Natürlich lag der Gedanke am nächsten, dass die Canüle sich irgendwie verstopft habe. Dass dies indessen nicht der Fall war, wurde durch die Einführung einer Gänsefeder bewiesen, welche ohne jeden Widerstand (!) durch die Canüle und die Trachea bis in einen Bronchus gelangte. Mittlerweile hielt die Dyspnoe an." F. S.



Als Ursache der Stenose kann ausser der Thymusvergrösserung event. noch Schwellung der Bronchialdrüsen in Frage kommen.

Als Therapie der Tracheostenosis thymica hat A. Thymus- und Milztabletten angewandt, täglich $^1/_2$ Tablette. Ueber den Erfolg hat er noch kein sicheres Urtheil.

F. KLEMPERER.

104) **Stamm. Ueber congenitalen Larynxstridor.** *Münch. medicin. Wochenschr. No. 38. 1898.*

Derselbe unterscheidet sich von dem Laryngospasmus; auch ist dabei keine Rhachitis zu finden. St. denkt zwar an die Möglichkeit einer Thymusvergrösserung, glaubt aber doch, dass es sich um eine Neurose centraler Natur handle und kann sich der Ansicht Avellis' nicht anschliessen.

SCHECH.

105) **Tordeus. Ueber den Pseudocroup. (Du faux-croup.)** *La Clinique. No. 43. 1898.*

Vorstellend einen Fall von Pseudocroup, macht T. eine klinische Besprechung desselben. Bekanntes.

BAYER.

106) **Stimpson. Gegen spastischen Croup. (For spasmodic croup.)** *N. Y. Med. News. 18. März 1898.*

Verf. hat mit folgender Behandlung auch in schweren Fällen gute Erfolge erzielt. Das Kind erhält zuerst ein Brechmittel in warmem Wasser theelöffelweise. Es kommt dann in ein heisses Bad. Danach werden Aufschläge mit heissem Senfwasser auf Hals und Brust aufgelegt. Gegen den Kehlkopfkrampf erweist sich nützlich ein 2proc. Cocainspray. Nach Beseitigung der unmittelbaren Gefahr erhält das Kind bis zum Verschwinden der catarrhalischen Symptome

Rp. Syr. Scillae 11,25
Tct. Opii camphorat. 7,5
Tct. Tolutan.
Glycerin. ana 30,0
Aqu. destill. q. s. ad 90,0.

M. D. S. $^1/_2$ Theelöffel voll 3 stdlch. am Tage und etwa 4 stdlch. in der Nacht.

LEFFERTS.

107) **Hugel. Zur Behandlung des Laryngospasmus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 44. 1898.*

H. glaubt, dass die hypertrophische oder entzündlich vergrösserte Uvula die Veranlassung zum Glottiskrampf sein könne und belegt dies mit 6 Krankengeschichten; Therapie: Verkleinerung der Uvula durch Amputation.

SCHECH.

108) **Noguès** und **Sirol. Ein Fall von Rachen- und Kehlkopf-Krampf mit Paraesthesie, Brechanfälle vortäuschend. (Un cas de spasme pharyngo-laryngé avec paresthésie simulant le vomissement.)** *Archives médicales de Toulouse. No. 11. 1. Juni 1898.*

37 jährige Frau, die bei dem geringsten Druck einen Gesichtsausdruck bekam, wie wenn sie Ekel hätte und brechen müsste. Dabei traten spastische Contractionen der Rachen- und Kehlkopfmuskeln ein, 3 oder 4 in der Secunde, und oft kam es zu Eructationen. Mit der Reizursache hörte sofort auch der Anfall auf.

Die Verff. glauben Hysterie ausschliessen zu können und nehmen eine gesteigerte Reizbarkeit des Reflexcentrums an.

E. J. MOURE.

109) **Vergniaud. Gegen Zwerchfell-Glottis-Krampf bei Säuglingen. (For phrenoglottic spasm in nursing infants.)** *N. Y. Med. News. 16. April 1898.*

Verf. lässt im Augenblick des Krampfes ein paar Tropfen Chloroform inhaliren und verschreibt dann

Rp. Tct. Moschi gtt. 20
Tct. Belladonnae gtt. 10
Aqu. Laurocerasi 7,5
Syr. Cort. aurantii 18,75
Aqu. lactucar. 90,0.
M. D. S. 2 mal tglch. 5—6 Theelöffel voll z. n.

LEFFERTS.

110) **V. Uchermann** (Christiania). **Ein Fall von alternirenden, rhythmischen und klonischen Krämpfen der Glottisschliesser und der Glottiserweiterer — in Verbindung mit tonischem Krampfe der Kaumuskeln (masseteres) und klonischem Krampfe des Gaumensegels, mitunter auch der Zunge und Unterarm. Casuistischer Beitrag zur Lehre der corticalen Kehlkopfcentren und der Innervation des Kehlkopfs.** *Fraenkel's Archiv. Bd. 7. S. 326. 1898. Norsk. Mag. f. Läg. No. 3. 1898.*

Die wesentlichsten Erscheinungen des von U. beobachteten Falles sind in der Ueberschrift genannt. Der Pat. starb, die Section wurde aber nicht gemacht. Als wahrscheinliche Ursache der Symptome diagnosticirt Verf. einen sich ganz im corticalen Gebiete abspielenden arteriosclerotischen Process (senile Encephalomalacie) mit kleinen Blutungen und successiver Lähmung der verschiedenen corticalen Centren. U. sieht in seinem Falle einen Beweis dafür, dass es auch beim Menschen ein corticales Centrum für die Glottiserweiterer giebt. Auf die Frage, ob es eine einseitige corticale Kehlkopflähmung giebt oder nicht, wirft U.'s Beobachtung kein Licht. Dagegen spricht der Fall für die allgemeine Anschauung, dass der Accessorius, nicht der Vagus der motorische Hauptnerv für den Kehlkopf sei.

F. KLEMPERER.

111) **E. Nielsen. Fall von tonischen Krämpfen der einen Gesichtshälfte, complicirt mit einem klonischen Krampf des Larynx bei einer Hysterischen. (Slutschai polowinnoi tonitscheskoi sudorogi litza, osloshnennoi klonusom gortani u isteritschnawo.)** *Wratsch. No. 32. 1898.*

Eine laryngologische Untersuchung fand nicht statt; im Uebrigen ist in der Ueberschrift alles enthalten.

P. HELLAT.

112) **A. Onodi** (Budapest). **Die respiratorischen und phonatorischen Nervenbündel des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryng. Bd. 7. S. 425. 1898.*

Verf. hat durch sorgfältige Präparation die respiratorischen und die phonatorischen Fasern im Recurrens zu trennen versucht. Beim Menschen, beim Rind und beim Hunde gelang ihm dies nur zum Theil. Dagegen glückte die Trennung der verschiedenen Nervenbündel vollständig beim Pferde. Verf. giebt die Abbildung eines Präparates vom Pferde, an welchem „die isolirten phonatorischen

und respiratorischen Bündel im Stamme des Recurrens am Hals, am oberen Theil der Brusthöhle durch die sympathischen Verbindungen in den Stamm des Vagus zu verfolgen" sind. Nach Verf.'s Ansicht ist von den von Russell gereizten Bündeln das eine ein Erweitererbündel, das zweite ein Verengererbündel, das dritte nicht reagirende entspricht dem Ramus trachealis n. laryng. sup. O. fasst das Resultat seiner Untersuchungen in folgenden Satz zusammen: „Semon hat behauptet, dass die respiratorischen und phonatorischen Nervenfasern von ihren Centren zum Kehlkopfe in den Nervenstämmen isolirt verlaufen; diese Behauptung wurde von Russell „experimentell bekräftigt und von uns anatomisch bewiesen".

F. KLEMPERER.

113) **Onodi. Zur Pathologie der Phonationscentren.** *Mon. f. Ohrenh. No. 1. 1898.*

Da bei den verschiedenen Ausschaltungsversuchen die Phonation erhalten bleibt, so muss wohl noch ein subcerebrales Phonationscentrum existiren, wofür auch die Experimente sprechen. Die klinischen Erfahrungen sind lückenhaft, da bei einem Theil nur der laryngologische Befund ohne Necroskopie besteht, bei anderen der letztere oder der erstere. Die Phonationscentren der Rinde hält O. für von untergeordneter Bedeutung, die Hauptsache ist das subcerebrale Centrum zwischen den hinteren Vierhügeln und dem Vagusgebiet, was auch erklärt, dass bei Zerstörung der Rindencentren dennoch die Phonation erhalten bleibt. Die Zahl der bisher beobachteten klinischen Fälle ist eine sehr geringe.

SCHECH.

114) **David Newman** (Glasgow). **Frühsymptome des Druckes auf Vagus und Recurrens. (Early symptoms of pressure upon the vagus and recurrent laryngeal nerves.)** *Glasgow Med. Journal. August 1898.*

Drei Symptome weisen sehr frühzeitig auf eine Unterbrechung in der Innervation des Kehlkopfs hin, nämlich: plötzliche und paroxysmale Dyspnoe, begleitet von Kehlkopfstridor; Husten; Störungen der Sprechstimme.

A. LOGAN TURNER (P. Mc.BRIDE).

115) **V. Uchermann** (Christiania). **Rechtsseitige Hemiplegie. Motorische Aphasie. Lähmung der Kehlkopfadductoren.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. S. 332. 1898.*

Der Fall, dessen Krankengeschichte U. mittheilt, ist am leichtesten so zu verstehen, dass eine einseitige resp. linksseitige Affection des Phonationscentrums doppelseitige Lähmung der Adductoren bewirkt. Die Affection in U.'s Fall ist zweifellos eine organische, die Krankheit beruht auf Lues. Eine Beweiskraft hat der Fall aber, wie der Verf. selbst angiebt, nicht, da der Patient noch lebt.

F. KLEMPERER.

116) **Dundas Grant. Zwei Fälle von Lähmung des linken Stimmbandes alkoholischen Ursprungs. (Deux cas de paralysie de la corde vocale gauche d'origine alcoolique.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 26. 3. Juli 1897.*

Die Diagnose wurde per exclusionem und namentlich auf Grund der Entwicklung des Leidens gestellt. Die alkoholischen Lähmungen sind gutartig und vorübergehend.

E. J. MOURE.

117) **Bruault. Syringomyelie mit schweren Kehlkopfstörungen. (Syringomyelie avec troubles laryngés graves.)** *Annal. des Malad. de l'oreille. No. 5. Mai 1898.*

Eine Frau, die an Syringomyelie litt und gleichzeitig die Erscheinungen der doppelseitigen Posticuslähmung bot. Verf. führt die letztere auf die Erkrankung des Centralnervensystems zurück.

E. J. MOURE.

118) **J. Herzfeld. Ein Fall von completer doppelseitiger Recurrenslähmung mit Sectionsprotokoll und mikroskopischer Untersuchung der Nerven und Muskeln.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. S. 513. 1898.*

Die doppelseitige Recurrenslähmung war durch ein Oesophaguscarcinom verursacht. Die Glottis zeigte bei der Phonation (nur unter grosser Anstrengung war Flüsterstimme möglich) wie bei der Respiration dasselbe Aussehen und nicht die geringste Bewegung. Der Abstand der Aryknorpel von einander betrug $1^1/_2$ mm, der zwischen den Stimmbändern an der concavsten Stelle mindestens $2^1/_2$ mm (also keine Medianstellung!).

Aus dem Resultat der Muskel- und Nervenuntersuchung ist hervorzuheben, dass die Postici das Bild einer leichten trüben Schwellung mit Anfängen von körnigem Zerfall zeigten, die Cricothyreoidei aber, wie ihre Nerven, vollständig normal waren.

F. KLEMPERER.

119) **Lermoyez. Gutartige unheilbare Recurrenslähmung nach Masern. (Paralysie récurrentielle incurable bénigne consécutive à la rougeole.)** *Annales des malad. de l'oreille, du larynx etc. No. 4. April 1898.*

Es handelt sich um eine 30jährige Kranke, die seit 27 Jahren aphonisch ist. Die Aphonie trat damals im Anschluss an Masern ein. Der Vater der Kranken war tuberculös, sie selbst zeigt noch zweifellose Erscheinungen von tracheo-bronchialer Drüsenschwellung. Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt eine Lähmung des in Cadaverstellung stehenden linken Stimmbandes und eine Subluxation des rechten Aryknorpels während der Phonationsanstrengungen.

Verf. fand in der Literatur nur 3 Fälle von unheilbarer Recurrenslähmung nach Masern.

E. J. MOURE.

120) **Sir Felix Semon. Klinische Vorlesung über die Diagnose und Bedeutung der Abductorenlähmung im Kehlkopf. (Clinical lecture on the diagnosis and significance of laryngeal abductor paralysis.)** *Brit. Med. Journal. 1. Januar 1898.*

Verf. bespricht die verschiedenen Anschauungen über den letzten Ursprung des Recurrensnerven. Er erwähnt die Arbeiten von Risien Russell, der den Nerven in 3 verschiedene Faserbündel zu trennen vermochte, von denen eines der Abduction vorsteht, das andere die Stimmbandadductoren versorgt und das dritte Bündel bei seiner Reizung keinen motorischen Effect im Kehlkopf auslöst. Die abducirenden Fasern sind an der inneren Seite des Recurrens gelegen.

Semon erinnert daran, dass bei $^4/_5$ der Fälle die Stimmbänder während ruhiger Athmung keine Excursionen machen. Dabei steht aber die Glottis um

vieles weiter offen, als nach dem Tod, wo die Stimmbänder in der sogen. Cadaverstellung stehen. Seine Erklärung findet dieses Verhalten darin, dass die Abductoren mit einem besonderen Reflextonus ausgestattet sind, der die Glottis während des Lebens weit offen hält. Dieser Tonus wird von centripetalen Fasern unterhalten, die hauptsächlich im Vagus enthalten sind und die von medullären Centren aus regulirt werden.

Ist der Recurrens vollständig durchschnitten, so steht das Stimmband in klinischer Cadaverstellung. 1880 wies Semon auf die Thatsache hin, dass bei organischen progressiven Erkrankungen der motorischen Kehlkopfnerven die abducirenden Fasern stets zuerst afficirt werden. Die Untersuchung der Kehlkopfmuskeln nach dem Tode bestätigte diese Beobachtung. Ausschliesslich oder doch am meisten findet sich der M. posticus atrophirt. Neuerdings sind wieder beweisende Untersuchungen nach dieser Richtung von Friedrich angestellt; Semon giebt Abbildungen von Präparaten dieses Autors.

Wie die Abductoren zuerst erliegen, gewinnen auf der anderen Seite im Falle der Heilung die Adductoren zuerst ihre Leistungsfähigkeit zurück. Experimentell erwiesen ist, dass am herausgeschnittenen Kehlkopf des Thieres der M. posticus seine elektrische Reizbarkeit vor den Adductoren verliert. Dasselbe gilt auch intra vitam von den abducirenden Fasern im Recurrensnerven. Setzt man den Nervenstamm zunehmender Abkühlung aus, so wird der Erweiterer früher gelähmt, als die Adductoren. Grabower giebt an, dass die Nervenendigungen in den Adductoren complicirter gebaut sind, als die in den Abductoren. (Semon giebt Grabower's Abbildungen wieder.) Hooper's Experimente weisen auf biochemische Differenzen zwischen den beiden antagonistischen Apparaten des Kehlkopfes hin. Hooper reizte den durchschnittenen oder intacten Recurrens mit elektrischen Strömen von gleicher Stärke und fand im Larynx, wenn er nur leicht mit Aether narkotisirte, das Stimmband adducirt, dagegen bei tiefer Narkose abducirt.

Die klinische Beobachtung zeigt in der ersten Phase der Abductorenlähmung allmälige Abnahme der Auswärtsbewegung des Stimmbands; später aber steht es unbeweglich in der Mittellinie, in der es durch die paralytische Contractur der Adductoren festgehalten wird.

Semon zählt die verschiedenen centralen und peripheren Erkrankungsprocesse auf, die den Recurrens in Mitleidenschaft ziehen können. Die einseitige Abductorenlähmung ist klinisch von Bedeutung und Interesse, weil sie in manchen Fällen das erste Zeichen einer intrathoracischen oder cerebralen Erkrankung ist, oft genug völlig symptomlos verläuft, und dem Arzte gleichsam als Alarmzeichen dient. Verf. giebt am Schluss eine Reihe interessanter Krankengeschichten.

ADOLPH BRONNER.

121) **M. Grossmann. Experimentelle Untersuchungen über die functionelle Ausschaltung einzelner Muskeln beziehungsweise Muskelgruppen des Kehlkopfes.** Aus dem physiol. Institut in Wien. — *Pflüger's Archiv. LXXIII. 1898.*

Nach querer Durchschneidung der Trachea bei Katzen und Hunden klappte G. bei seinen neuerlichen Experimenten das obere Ende (Kehlkopf und oberen

Trachealstumpf) nach oben um, so dass er relativ leicht an den M. posticus gelangen konnte; er trug denselben ab oder durchschnitt den Abductorast oder führte sicherheitshalber beide Eingriffe zusammen aus.

Auch nach der totalen Entfernung der Stimmritzenerweiterer bewegten sich die Stimmbänder bei jeder Einathmung nach aussen (bedauerlicherweise hat G. keine genauen Messungen gemacht, wenigstens keine Maasse angegeben. Ref.); bei einer isolirten Lähmung der Postici hören die Lateralbewegungen der Stimmbänder in der Phase der Inspiration keineswegs auf, sondern werden, wenn auch etwas eingeschränkt, so doch ganz bestimmt und ausnahmslos fortgesetzt. Auf diese Auswärtsbewegungen hat aber der M. cricothyr. keinen Einfluss, da sie nach Durchschneidung des N. lar. sup. zunehmen; ebensowenig haben die äusseren Kehlkopfmuskeln und gewisse Pharynxconstrictoren auf sie einen Einfluss, da auch nach ihrer Durchschneidung die inspiratorischen Aussenbewegungen fortbestehen. Es bleiben demnach nur die anderen vom N. recurrens versorgten Muskeln übrig; diese können aber, da sie Adductoren sind, nur zur Erweiterung der Stimmritze beitragen, wenn sie ihre Function einstellen. Es werden also wohl bei der Athmungsinnervation im Stadium der Inspiration zum Kehlkopfe Impulse abgegeben, welche nicht allein den Muskeltonus der Abductoren erhöhen, sondern gleichzeitig auch den der Adductoren herabsetzen.

Durchschneidung des Adductorenastes des einen Recurrens erzielte eine geringere Adduction des hinteren Abschnittes des entsprechenden Stimmbandes; nach Durchschneidung beider Adductorenäste trat zwar eine Annäherung, aber kein Schluss der Stimmbänder ein. Nach Durchschneidung beider Posticusäste und beider Nn. lar. sup. ist der Glottisschluss vollständig, nur im hintersten Theile bleibt ein dreieckiger Spalt; bei Inspiration ausgiebiges (? Ref.) Oeffnen der Stimmritze.

Nach Durchschneidung des Adductorenastes und des motorischen Astes des N. lar. sup. derselben Seite steht das entsprechende Stimmband anfänglich still: bei der Phonation bleibt eine weite, von einem winklig verlaufenden Stimmbande begrenzte Spalte.

Wird auf einer Seite der Abductor ausgeschaltet, auf der anderen der N. recurrens durchschnitten, so macht das Stimmband der ersten Seite ausgiebige inspiratorische Aussenbewegungen, während auf der anderen das Stimmband unbeweglich in Adductionsstellung steht.

Die bei diesen Versuchen beobachteten zitternden Bewegungen der Stimmbänder sind der Ausdruck einer Störung im Gleichgewicht des durch die functionelle Wechselwirkung beeinflussten Tonus der einzelnen Muskeln.

Die aus den Experimenten gezogenen Schlussfolgerungen für die Klinik und Diagnostik sind verblüffend.

A. ROSENBERG

122) **A. Kuttner** u. **J. Katzenstein. Zur Frage der Posticuslähmung.** I. Theil. *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. S. 181. 1898.*

Die Verff. haben die Grossmann'schen Resultate nachgeprüft. Sie berichten über 10 Versuche an Hunden, deren Glottis nach Durchschneidung der Recurrentes eine mehr oder weniger starke Einengung erfuhr, ohne dass jedoch

jemals eine Medianstellung der Stimmbänder erfolgte. Nachdem sie die verschiedenen Behauptungen Grossmann's besprochen und widerlegt haben, kommen die Verff. zu dem Schlusse, „dass die Grossmann'schen Argumente zum Beweise seiner Hypothese nicht ausreichen, denn

1. das Kehlkopfbild, das nach seiner eigenen Schilderung der reinen uncomplicirten Posticuslähmung entsprechen soll, das Kehlkopfbild, von dem er behauptet, dass es nie gesehen worden ist, ist thatsächlich zu wiederholten Malen beobachtet und beschrieben worden;

2. die Thierversuche Grossmann's decken sich weder laryngoskopisch noch klinisch mit denjenigen Befunden beim Menschen, die er durch sie veranschaulichen will;

3. die pathologisch-anatomischen Befunde, die von mehreren, von einander unabhängigen Autoren erhoben worden sind, lassen sich mit der Grossmann-schen Lehre nicht in Einklang bringen."

F. KLEMPERER.

123) **F. Klemperer. Ueber die Stellung der Stimmlippen nach Recurrens- und Posticusdurchschneidung.** *Fraenkel's Arch. f. Laryng. Bd. 7. H. 3. S. 493.*

K. berichtet über eine Reihe von Versuchen, die er zur Prüfung der Grossmann'schen Behauptung, dass das Stimmband nach Recurrensdurchschneidung in Mittelstellung tritt, angestellt hat. Er bestätigt durch seine Resultate die bisherige Anschauung, dass die Glottis nach Ausfall der Recurrentes wohl etwas enger wird, als sie vorher bei ruhiger Athmung war, weil der Tonus der Abductoren ausfällt; dass die Stellung des Stimmbandes aber bezüglich der Glottisweite, d. h. der Distanz des Stimmbandes von der Mittellinie, ganz dem cadaverösen Bilde entspricht und von einer Medianstellung nie die Rede ist. Tritt die Verengerung der Glottis bei doppelseitiger Recurrensdurchschneidung plötzlich ein, so kann, wenn es sich um enge Kehlköpfe junger Thiere handelt, wohl stärkere Dyspnoe die Folge sein und diese steigert dann die Stenose, indem der entstehende negative Druck in der Trachea die Stimmbänder aneinandersaugt. Das reine Resultat der Recurrensdurchschneidung (Cadaverstellung) bekommt man daher nur bei den weiten Kehlköpfen alter und grosser Thiere oder nach Ausschaltung der Dyspnoe durch die Tracheotomie zu Gesicht.

Nach Durchschneidung des Posticus wird das Stimmband nicht mehr abducirt. Durch rhythmische Contractionen der Adductoren und Spanner bewegt es sich um ein sehr geringes Stück (1—2 mm) von der Mittellinie ab („bis zur Schwelle der Abduction") und nach dieser zurück. Der Abductionsbewegung des anderen gesunden Stimmbandes aber ist diese Bewegung, bei der namentlich der Aryknorpel nicht nach aussen geführt wird, gar nicht zu vergleichen. Bei dem nicht narkotisirten erregten Thiere fallen auch diese Bewegungen zeitweise fort und das Stimmband bleibt für eine Weile in Mittellinie fixirt.

Autoreferat.

124) **Max Steinlechner** (Wien). **Ueber das histologische Verhalten der Kehlkopfmuskeln in Bezug auf das Semon'sche Gesetz.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. S. 177.*

Verf. untersucht die Trockenpräparate der verschiedenen Kehlkopfmuskeln



und findet bezüglich der Vertheilung der hellen und trüben Fasern keinerlei Unterschiede. Er schliesst daraus, dass die Adductoren der Stimmbänder und der M. posticus nicht Antagonisten sind in dem Sinne der Beuger und Strecker. „Selbstverständlich können unsere Ergebnisse nicht gegen das Semon'sche Gesetz zu Felde geführt werden.

Sie können nur als Beweis dafür angesehen werden, dass die Beziehungen der Kehlkopfmuskeln unter einander viel innigere sind, als man oft zu glauben scheint." F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

125) **R. H. Cunningham. Die Schilddrüse. (The thyroid.)** *N. Y. Med. Record. 4. Juni 1898.*

C. giebt einen Auszug aus seinem Aufsatz über den „experimentellen Thyroidismus" (Journal of Experiment. Medicine. III. 1898. p. 147); er gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Absolut frische Schilddrüse ist nicht giftig im gewöhnlichen Sinne des Wortes bei Resorption vom Ernährungstractus aus.

2. Die Symptome des sog. Thyroidismus sind Vergiftungserscheinungen, welche Folge der Aufnahme von zersetztem Schilddrüsenmaterial sind.

3. Der sog. experimentelle Thyroidismus ist durchaus nicht specifisch für die Schilddrüse allein, denn die Einführung vieler anderen von thierischen Geweben stammenden Substanzen kann ein in jeder Hinsicht ähnliches Vergiftungsbild herbeiführen.

4. Die meisten, wenn nicht alle thierischen Gewebe enthalten Substanzen, die in grossen Quantitäten direct ins Blut oder unter die Haut gespritzt, beim Thiere eine Vergiftung erzeugen, die der Intoxication durch Injection der von frischem Schilddrüsengewebe stammenden Substanzen sehr ähnlich ist.

5. Die Wirkungen der intravasculären oder subcutanen Injectionen von wässrigen Extracten, Decocten und concentrirten Extracten von Schilddrüse, Thymus, Muskelsubstanz u. a. lassen durchaus nicht immer die Function und Wirkungsweise der hypothetischen internen Secretionen, die diesen Geweben im Leben zukommen soll, erkennen.

6. Die Thatsache, dass die Einführung zersetzter Schilddrüsensubstanz unter gewissen Umständen eine Intoxication herbeiführt, deren Symptome mit denen der Basedow'schen Krankheit sich berühren, berechtigt noch nicht zur Aufstellung der Theorie, dass die Symptome der Basedow'schen Krankheit Folge einer Ueberproduction von Schilddrüsensecreten sind.

7. Unsere Versuche führen uns mit Drechsel zu dem Schluss, dass die frische Schilddrüse wahrscheinlich zwei Substanzen enthält, die im Stande sind, die Symptome der acuten Cachexie bei total entkropften Hunden zu heilen.

8. Auch die Thymus enthält eine und wahrscheinlich zwei Substanzen, die in derselben Weise, wie die Schilddrüsenextracte, die acute Cachexie der schilddrüsenlosen Hunde heilen.

9. Keine dieser Substanzen ist ein Enzym; keine enthält Jod.

10. Weder die Verfütterung roher Schilddrüse, noch die Injection wässriger Extracte oder Decocte der Schilddrüse oder concentrirter Lösungen der erwähnten heilenden Substanzen ist im Stande total entkropfte junge Hunde länger als ein paar Wochen (möglicherweise drei Wochen) am Leben zu erhalten. Noch weniger sind hierzu die Präparate im Stande, welche Zersetzungsproducte der Schilddrüse enthalten.

11. Für das gelegentliche längere Ueberleben thyroidectomirter und mit Schilddrüsen gefütterter junger Hunde ist die Gegenwart einer oder gewöhnlich mehrerer kleiner Nebenschilddrüsen verantwortlich zu machen, welche allmälig hypertrophiren und die Function der herausgenommenen Thyroidea ganz oder theilweise übernehmen.

12. Junge Hunde verfallen nach der totalen Thyroidectomie so schnell der Cachexie und die Intervalle zwischen der Operation und dem Eintritt der schweren dyspnoischen Attacken und des Todes differiren so wenig, welche Art der Ernährung bei den verschiedenen Thieren auch stattgefunden hat, dass man keiner Art von Nahrung mit einiger Sicherheit einen Einfluss auf den Ausbruch der Cachexie zuschreiben kann. Animalische Nahrung, in der sich Stoffe entwickelt haben, die für Meerschweinchen giftig sind, beschleunigen den Eintritt schwerer Symptome wahrscheinlich ein wenig. Der gerühmte erhebliche Einfluss der Milchdiät, wie ihn Breisacher beobachtete, findet bei den total entkropften Hunden nicht statt.

13. Affen, deren Stoffwechsel durch Entfernung eines grösseren Theiles der Schilddrüse eine Störung erfährt, werden für die eben erwähnten Giftstoffe im Fleische augenscheinlich empfänglicher und mancherlei klinische Erfahrungen sprechen dafür, dass eine ähnliche Empfänglichkeit für diese giftigen Producte des Fleisches auch beim Menschen besteht, wenn seine Schilddrüsenfunction in einem gewissen Grade gestört ist.

14. Was schliesslich die Bedeutung der Thyroidea für die Pathologie der Basedow'schen Krankheit anlangt, so stimmt Verf. darin mit Gley überein, dass die meisten Symptome dieser Krankheit vom experimentellen Standpunkt aus ebenso plausibel durch die Hypothese eines Ausfalls der Thyroidfunction, wie durch die einer Steigerung derselben erklärt werden können.

LEFFERTS.

126) **Blum. Die Schilddrüse als entgiftendes Organ.** *Münch. med. Wochenschr. No. 39. 1898.*

Der Jodgehalt der Schilddrüse hat eine bestimmte Function, die Drüse bedient sich des Jods, eines mächtigen Antitoxicums, auch anderen Giften gegenüber zur Entgiftung; wahrscheinlich ist das Jod nicht das einzige Entgiftungsmittel der Drüse.

SCHECH.

127) **A. Hallipré. Congestion der Schilddrüse bei jungen Leuten. (Thyroid congestion in young men.)** *N. Y. Med. Record. 30. April 1898.*

Schilddrüsencongestion kommt nach H.'s Ausführungen bei Knaben im Pubertätsalter vor. Die Volumenszunahme der Schilddrüse ist bisweilen so stark,

dass theils durch directe Compression, theils durch Reizung der Recurrensnerven Kehlkopfkrämpfe, Heiserkeit und Athemnoth zu Stande kommen. Die Jodbehandlung ist werthvoll neben der Darreichung von Schafsschilddrüse oder Thyroidpräparaten.

LEFFERTS.

128) **Barclay. Abscess der Schilddrüse. (Abscess of the thyroid gland.)** *N. Y. Med. News. 28. Mai 1898.*

Der Patient war ein Mann von 37 Jahren. Der Abscess der Schilddrüse war, wie dies meist der Fall ist, ein secundärer. Wirklich primäre Strumitis ist hervorragend selten. In der Mehrzahl der Fälle, so in den von Bowlby, Havel, Erichsen und Thornton mitgetheilten, folgt der Abscess auf eine Infectionskrankheit, wie Typhus, Puerperalfieber, Pyämie oder Pneumonie. Interessant an dem Falle ist, dass wahrscheinlich durch einen Durchbruch des Abscesses, bei dem der Eiter in das Drüsengewebe eindringen konnte, der Umfang der Thyroidea im Verlaufe von $^1/_2$ Stunde eine plötzliche erhebliche Zunahme erfuhr.

LEFFERTS.

129) **Küttner. Syphilitischer Kropf. (Syphilitic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 14. Mai 1898.*

Verf. berichtet über 2 Fälle, in denen ein maligner Tumor der Schilddrüse diagnosticirt und deshalb die Operation gemacht worden war. Der erste Fall betrifft eine 39jährige Frau, die kurz, bevor die Schwellung anfing, ein todtes Kind geboren hatte. Der Tumor nahm rapide zu und wurde als maligne angesehen. Er wurde exstirpirt und mikroskopisch untersucht; es fanden sich käsige Herde umgeben von Rundzellen, Epithelioidzellen und Riesenzellen. Die Diagnose schwankte nun noch zwischen Tuberkulose und Syphilis. Da Tuberkelbacillen nicht zu finden waren, wurde Syphilis diagnosticirt. 6 Monate später traten typische tertiäre Symptome auf, die durch specifische Behandlung geheilt wurden.

Der zweite Fall betrifft einen 27jährigen Mann, der vor ein paar Jahren sich inficirt hatte. Derselbe bekam eine schnell wachsende rechtsseitige Schilddrüsenschwellung. Die Diagnose wurde auf Krebs gestellt. Die Operation gestaltete sich schwierig und konnte nicht vollständig durchgeführt werden. Der Tumor wuchs in sehr kurzer Zeit wieder. Unterdess hatte der Verf. aus der mikroskopischen Untersuchung, bei der er ausser den obengenannten Bestandtheilen noch eine deutliche Verdickung der Gefässwände constatirte, die Diagnose auf Syphilis gestellt. Unter Jodkali und Quecksilber verschwand denn auch der Tumor und der Kranke wurde vollständig geheilt.

LEFFERTS.

130) **Comte. Exothyropexie. (Exothyropexie.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 27. April 1898.*

Der Kranke, der seit etwas über 1 Jahr an einem beständig zunehmenden Kropf gelitten hat und seit 4 Monaten schwere Symptome von Dyspnoe, Stridor und Rauhigkeit der Stimme zeigte, ist von Jaboulay operirt worden. Die Operation fand am 9. April statt. Der Kropf ist solid, umfangreich, beiderseitig, in Contact mit der Trachea, die er in einer Ausdehnung von mehreren Centimetern zur Säbelscheidenform abgeplattet hat. Jaboulay machte die Exothyropexie. Er

zog den Tumor nach vorn, wobei die vordere Wand der Trachea mitgezogen wurde und die Dyspnoe unmittelbar eine solche Erleichterung erfuhr, dass der Kranke beim Erwachen aus der Narkose sich sofort besser fühlte und keinen Stridor mehr hatte.

Durch die Exothyropexie wurden in diesem Falle zwei schwerere Eingriffe vermieden, nämlich 1. die Tracheotomie, die bei Kropf stets schwierig und öfters tödtlich ist und 2. die Thyroidectomie oder mindestens die intraglanduläre Enucleation des Kropfes.

PAUL RAUGÉ.

131) **Thomas Jonnesco** (Bucarest). **Definitive Resultate der Resection des Halssympathicus bei Epilepsie, Basedow'scher Krankheit und bei Glaucom. (La résection du sympathique cervical dans le traitement de l'epilepsie le goitre exophthalmique et le glaucôme. Resultats definitifs.)** *Académie de Médecine. 19. April 1898.*

a) Epilepsie. Verf. hat die Operation bei 35 Epileptikern ausgeführt. 15 von diesen Kranken beobachtet er seit 9—18 Monaten.

Von diesen 15 sind 9 geheilt, 4 gebessert, 2 stationär geblieben. Bei den 9 erstgenannten beträgt die Dauer der Heilung bisher 5mal $1^1/_2$ Jahre, 1mal 11 Monate und 3mal 9 Monate bis 1 Jahr.

b) Basedow'sche Krankheit. J.'s Beobachtungen erstrecken sich auf 5 operirte Fälle. 2 Operationen liegen 20 Monate zurück, je eine 10, 4 und 3 Monate. Das Resultat ist in allen 5 Fällen ein ausgezeichnetes. Alle Symptome, der Kropf, der Exophthalmus, die Tachycardie und die Nebensymptome, sind geschwunden.

c) Glaucom. In 7 Fällen von chronischem Glaucom, von denen 3 vorher ohne Erfolg iridectomisirt waren und das Gesicht fast vollkommen verloren hatten, ergab die Resection des oberen Halsganglions vorzügliche Resultate. Die Sehschärfe kehrte wieder und der Tonus des Auges wurde wieder normal.

Für Epilepsie und Basedow ist, wie Verf. wiederholt betont, die partielle Operation (einfache Durchschneidung oder beschränkte Resection) durchaus unzureichend; nur die totale Resection des Sympathicus, die Zerstörung aller seiner Fasern, erzielt Erfolge, wie er sie sah.

J.'s Resultate machen seiner operativen Geschicklichkeit alle Ehre. Sie bedünken mich fast zu schön, so schön, dass wohl sehr wenige Chirurgen eine ebenso wunderbare Statistik werden aufweisen können.

PAUL RAUGÉ.

132) **G. Reinbach. Ueber accessorische retroviscerale Strumen, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Colloidbildung in Kröpfen.** Aus der Breslauer chir. Klinik. — *Beitr. z. klin. Chirurg. XXI. 1898.*

R. beschreibt drei hierher gehörige Fälle aus der Mikulicz'schen Klinik. Der Sitz des Tumors war medianwärts vom Larynx und der Trachea begrenzt und erstreckte sich lateralwärts bis zum hinteren Rand des Kopfnickers oder über ihn hinaus. Der Muskel zieht über die Geschwulst hinweg und wird durch sie emporgehoben und etwas nach aussen und hinten gedrängt. Die Oberfläche des Tumors ist unregelmässig höckerig und erweist sich palpatorisch aus mehreren Knollen zusammengesetzt.



In zwei Fällen war die Tonsillargegend nach innen vorgetrieben.

Ein Zusammenhang der Geschwulst mit der Schilddrüse lässt sich weder klinisch noch autoptisch bei der Operation nachweisen.

Subjectiv wird einmal über Schlingbeschwerden und Spannungsgefühl bei Seitwärtsbewegungen des Kopfes geklagt.

Charakteristisch für die Gesammtgeschwulst ist das Bestreben, durch Vordringen nach der Tiefe und gegen die Mittellinie hin den retrovisceralen Raum mehr und mehr auszufüllen und dadurch die Halseingeweide von der Wirbelsäule abzudrängen.

Es fanden sich in den Tumoren kirsch- bis gänseeigrosse Knoten; charakteristisch ist die blauschwarze, stellenweise schiefergraue Färbung der Geschwülste.

Es handelte sich um Kropfbildung in accessorischen angeborenen Nebenschilddrüsen.

Die histologische Untersuchung brachte Verf. zu dem Schluss, dass es sich bei der Colloidbildung in Colloidkröpfen im Wesentlichen um einen degenerativen Vorgang handelt, der u. a. durch Zerfall und vollständigen Untergang der Follikelzellen, sowie durch die allmälige Umwandlung der Zerfallsmassen in homogenes Colloid charakterisirt ist.

A. ROSENBERG.

g. Oesophagus.

133) **W. A. Boekelman** und **N. J. van Dam** (Utrecht). **Ein Fall von diffuser Dilatation des Oesophagus. (Een geval van diffuse dilatatie van den oesophagus.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 17. 1898.*

Ausführliche Krankengeschichte einer diffusen Dilatation der Speiseröhre in Folge von Krampf der Cardia bei einem 21jährigen Schuhmacher.

H. BURGER.

134) **Mayo Robson. Zwei Fälle von 5 resp. 6 Monate in der Speiseröhre eingekeilten Halfpenny-Stücken, durch X-Strahlen localisirt und entfernt. (Two cases of halfpennies impacted in the oesophagus for 5 and 6 months respectively revealed by X rays and removed.)** *Lancet. 16. Juli 1898.*

Die Kinder waren 4 und 5 Jahre alt; die Münzen wurden mit dem Münzenfänger entfernt.

ADOLPH BRONNER.

135) **Abramow. Fall von äusserer Oesophagotomie. (Slutschai norushnawo setschenija pischtschewoda.)** *Letopis r. chir. 5. 1898.*

Es wurde ein flaches Knorpelstück aus dem Oesophagus entfernt. Der Kranke genas.

P. HELLAT.

136) **Kanzel** und **Okladnich. Von der Entfernung der Fremdkörper vermittelst der äusseren Oesophagotomie. (Ob udalenii inorodnich tel narushnim setscheniem pischtschewoda.)**

1. Fall. Verschlucken von 3 künstlichen Zähnen. Operation nach 2 Tagen. Am 7. Tage starke Nachblutung aus dem Munde. Transfusion, Heilung.



2. Fall. Eine Fischgräte eingekeilt in der Tiefe von $26^1/_2$ cm. Heilung.

Der Mittheilung ist eine Tabelle über die Oesophagotomien seit 1891 beigefügt.

P. HELLAT.

137) **W. Permewan** (Liverpool). **Geschwulst des Oesophagus. (Tumour of oesophagus.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1898.*

Verf. exstirpirte ein von der hinteren Wand der Speiseröhre ausgehendes, unmittelbar hinter dem Larynx sitzendes und die Fossa hyoidea ausfüllendes Fibromyxom durch die Pharyngotomia subhyoidea. Die Pat., eine 46jähr. Frau, starb am 11. Tage unter pneumonischen Symptomen.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE.)

138) **Sano. Ein Fall von Epithelioma des oberen Viertels des Oesophagus. (Un cas d'épithélioma du quart supérieur de l'oesophage.)** *Journ. Méd. de Bruxelles. No. 16. 1898.*

44jähriger Mann mit Oesophaguscarcinom und multiplen Metastasen und krebsig ergriffenen Drüsen; ausserdem deutlich ausgesprochene Zeichen von Tuberkulose der Lungen; klinische Besprechung von Dr. Destrée; die Obduction bestätigt die Diagnose.

BAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 12. Januar 1898.

Vorsitzender: H. T. Butlin.

H. T. Butlin: Zwei Fälle von Oesophagusdivertikel.

Demonstration der durch Operation gewonnenen Präparate. Ueber die Krankengeschichten der beiden Fälle siehe in dem Verhandlungsbericht der Medico-Chirurgical Society. LXXVI. p. 269 und Brit. Med. Journ. 1898. p. 8 Näheres.

Creswell Baber: Nasale Hydrorrhoe mit Analyse des Secretes.

Die Krankengeschichte der 42jährigen Frau ist folgende: Vor 5 Jahren nach einer Influenza sehr starker wässriger Ausfluss aus der Nase. Entfernung eines Polypen. Der Ausfluss hört auf. Vor 14 Monaten neuer Influenzaanfall; der Ausfluss tritt wieder ein. Entfernung eines Polypen und Application des Galvanokauters. Redner sah die Patientin vor 7 Monaten; aus der rechten Nase entleerte

sich beständig ein nicht riechender wässriger Ausfluss. Die rechte Nasenseite war durch eine Verbiegung des Septums und durch katarrhalische Schwellung der Schleimhaut stark verengt. Sonst fand sich in der Nase oder den Nebenhöhlen nichts Krankhaftes. In 5 Minuten tropften fast 5 ccm Secret aus der Nase. Die Pat. wurde mit dem constanten Strom, der zweimal täglich äusserlich applicirt würde, behandelt. Die Menge des Secretes nahm in einer Woche ab. Ausserdem wurde ein Spray von Menthol in Parolein angewendet. Nach 10 Wochen war der Ausfluss gänzlich verschwunden. Nach der chemischen Untersuchung stellte das Nasensecret einfach eine Normal-Salzlösung mit einer Spur von Schleim und Eiweissstoffen dar. Um Liquor cerebrospinalis handelte es sich wahrscheinlich nicht.

St. Clair Thomson bedauert, dass nicht eingehendere Analysen vorgenommen sind. Die Cerebrospinalflüssigkeit enthält Stoffe, welche die Fehling-sche Lösung reduciren.

Ernest Waggett: Radicaloperation bei Stirnhöhlenerkrankung.

Vorstellung eines jungen Mannes, bei dem W. wegen langjähriger Erkrankung der rechten Stirnhöhle die Luc'sche Operation gemacht hat. Der Hautschnitt folgt der Linie der Augenbrauen und der Trepan wurde unmittelbar über dem Superciliarrand angesetzt. Die Schleimhaut der Höhle war polypoid entartet und mit Eiter bedeckt; alle Weichtheile wurden vollständig ausgekratzt. W. macht auf die Wichtigkeit der radicalen Ausräumung aufmerksam. Er betont ferner als wesentlich die sorgfältige Vernähung des Periosts und die vorangehende Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel. Während der ersten 14 Tage wurde die Höhle ausgespült, indem durch das Drainrohr eine dünne biegsame Röhre eingeführt wurde. Nach 14 Tagen wurde das Drainrohr entfernt. Seit der Operation ist kein Eiter mehr zu sehen, alle Symptome sind geschwunden. An der Stirn ist keine Depression zurückgeblieben und auch die Hautwunde ist kaum bemerkbar.

Herbert Tilley rühmt die Vortheile des supraorbitalen Einschnittes vor dem medianen selbst bei doppelseitiger Affection.

Ernest Waggett: Ein neues Instrument zur kaustischen Turbinotomie.

Das Instrument ist dem Jones'schen Turbinotom ähnlich gestaltet, schneidet aber die hypertrophischen Weichtheile zur Vermeidung der Blutung mit dem heissen Draht.

Walter Spencer: Trigeminusneuralgie geheilt durch die Turbinotomie.

46jähriger Mann, der kurz nach einem Anfall von Influenza mit schwerer und anhaltender Neuralgie in allen Zweigen des linken Trigeminus erkrankte. Die Anfälle traten bisweilen so heftig auf, dass grosse Dosen Morphium gegeben werden mussten. Der Pat. war wie betäubt und verlor das Gedächtniss. Zu Zeiten liess der Schmerz etwas nach, doch blieb er aller Behandlung zum Trotz bestehen. Redner sah den Patienten 5 Monate später. Die linke Seite der Nase war hyper-

ästhetisch und die Berührung des vorderen Endes der linken mittleren Muschel mit der Sonde löste einen heftigen Schmerzanfall aus. Nach der Cocainisirung schwand der Schmerz. Redner excidirte daraufhin die mittlere Muschel zusammen mit dem vorderen Ende der unteren. Die Operation ist vor 3 Monaten gemacht worden. Seither ist kein Schmerz mehr eingetreten, Pat. ist geistig wieder frisch und fühlt sich sehr wohl. Nur wird gelegentlich über einen Reiz in der von dem erkrankten Nerv versorgten Partie geklagt.

Creswell Baber sah Neuralgien nach nasaler Einblasung von gewöhnlichem Salz und nach intranasaler Cauterisation der sensitiven Stellen heilen.

Spicer empfiehlt ebenfalls nasale Behandlung.

St. Clair Thomson besteht auch auf Untersuchung der Nase, bevor man am Ganglion Gasseri oder Aehnl. eine Operation vornimmt. Er hat jüngst einen Fall von neuralgischen Schmerzen mit Frösten beobachtet, der für Malaria gehalten wurde und der nach Drainage eines vorhandenen Antrumempyems heilte. Mit dem Worte „Heilung“ freilich muss man sehr zurückhaltend sein, da Trigeminusneuralgien durch die Operation an sich bisweilen erheblich temporär gebessert werden. Gowers berichtet über einen solchen Fall, der von 15 verschiedenen Aerzten als „geheilt“ beschrieben wurde.

Wyatt Wingrave: Der subpharyngeale Knorpel der Tonsille.

Redner legt Präparate vor, die Reste des dritten Kiemenbogens in Form von kleinen Inseln hyalinen Knorpels darstellen, welche in dem Bindegewebe am Tonsillengrunde eingeschlossen lagen. W. hat solche Knorpelreste dreimal unter 200 Fällen gefunden.

Herbert Tilley: Der Larynx des am 10. November 1897 vorgestellten Patienten.

Der Befund intra vitam war: Fixation der rechten Kehlkopfseite; eine grauliche Masse auf oder an Stelle des rechten Stimmbandes; am Hals eine geschwollene Drüse. Bei der Vorstellung im November sprachen sich Alle, die den Larynx besichtigten, fast einstimmig für Malignität aus. Der Pat. starb an basaler Meningitis. Die Untersuchung des excidirten Kehlkopfes zeigte rechts eine ausgedehnte Ulceration des Stimmbandes. Die linke Seite war gesund. Ein ulceröser Streifen führt herunter zum rechten Aryknorpel, den man entblösst fühlt. Das Präparat wird der Commission zur Untersuchung zweifelhafter Geschwülste übergeben.

Furniss Potter: Maligne Erkrankung des Kehlkopfes.

Redner bespricht die Frage der Operation.

Bronner: Papillome des Kehlkopfes.

B. demonstrirt Präparate von einem Fall von recidivirenden Kehlkopfpapillomen bei einem 48jährigen Mann. Es bestand und besteht noch bedrohliche Dyspnoe. B. wünscht die Meinung der Gesellschaft darüber zu hören, ob sie die

Laryngotomie, Tracheotomie oder eine periodische intralaryngeale Exstirpation der Tumoren in diesem Falle für angezeigt halten.

Butlin und Semon stimmen darin überein, dass die Thyrotomie keine Gewähr gegen Recidive giebt.

Spencer hält die Crico-Tracheotomie auf alle Fälle für rathsam, um die Tumoren überhaupt ausreichend abtragen zu können.

Symonds: Totale einseitige Recurrenslähmung.

Es handelt sich um ein Oesophaguscarcinom; das linke Stimmband steht in Cadaverstellung. Früher bestand allein Posticuslähmung; jetzt ist der Lateralis auch ergriffen.

Semon protestirt gegen den Titel „Adductorenlähmung", unter dem der Fall ursprünglich angezeigt war. Man solle die Ausdrücke „Abductoren" und „Adductoren", die durch Druck- und Schreibfehler so leicht zu Missverständnissen Anlass geben, gänzlich bei Seite lassen und einen Ersatz dafür suchen, etwa in den von Moritz Schmidt vorgeschlagenen Ausdrücken: „Erweiterer" und „Verengerer".

Symonds: Exstirpation einer Larynxhälfte.

Vorstellung eines Mannes, dem die rechte Hälfte des Kehlkopfes zugleich mit den Halsdrüsen wegen Carcinoms herausgenommen worden ist. Der Fall bietet dadurch Interesse, dass bei der Vorstellung des Pat. im Februar 1897 allgemein die Diagnose auf Tuberculose gestellt wurde.

Symonds: Subglottisches Carcinom. (?)

55jähriger Mann. Beide Stimmbänder sind fixirt; die heftige Dyspnoe hat die Tracheotomie nöthig gemacht. (Die spätere Entwickelung hat die Diagnose Carcinom ganz klar gelegt.)

Watson Williams: Formative Knochenentzündung (Leontiasis ossium).

Demonstration des Präparates, das bei der Section eines 46jährigen Mannes erhalten worden ist. Von Syphilis oder sonst einer Ursache der Erkrankung ist nichts bekannt.

An beiden Seiten der Nase finden sich starke glatte Verdickungen des Knochens, ein kleinerer Vorsprung auf der Stirn. Unter der Dura mater und in der linken Stirnhöhle findet sich Eiter. Die rechte Stirnhöhle sowie die Keilbeinhöhle und die Siebbeinzellen sind von einem weichen Knochengewebe erfüllt. Die linke Seite der Nase ist durch eine vom Septum ausgehende Geschwulst fast ganz ausgefüllt. Auch beide Antra sind obliterirt; der Becken- und der Unterkieferknochen weisen ebenfalls Verdickungen auf. Das übrige Skelett und die Hypophysis sind normal.

Lambert Lack: Klonischer Krampf des Rachens.

19jähriges Mädchen, bei der man sah, wie die hintere Rachenwand heftig

nach links hinübergezogen wurde und dann erschlaffte. Das Ganze machte den Eindruck eines klonischen Krampfes und erinnerte an Nystagmus. Das Mädchen war im Uebrigen ganz gesund und nicht eigentlich nervös. Wie lange der Zustand bestand, war nicht zu ermitteln, da das Leiden keine Symptome machte. Redner sieht den Fall seit 2 Monaten.

Ein ähnlicher Fall wurde von Bond im vergangenen Jahre vorgestellt.

Sitzung vom 9. Februar 98.

Vorsitzender: H. T. Butlin.

Bericht der Commission zur Untersuchung zweifelhafter Geschwülste:

1. Spicer's „rapide recidivirender Tumor der Nasenscheidewand" (Sitzung vom December 97. Verhandlungen, Bd. V, S. 19) erwies sich als Fibro-Angiom von durchaus gutartigem Charakter.

2. Agar's „Geschwulst der Zunge" (Sitzung vom November 97. Vhdlgn., V, S. 4) bestand zum Theil aus dichtem, zum Theil aus lockerem Bindegewebe ohne jedes Zeichen von Malignität.

3. Ueber Bond's „recidivirende Kehlkopfgeschwulst" (Sitzung vom Juni 97. Verhandlungen, Bd. IV, S. 104) konnte, da nur ein einzelner Schnitt zur Untersuchung vorgelegt wurde, ein bestimmtes Urtheil nicht gewonnen werden. Uebereinstimmung herrschte darüber, dass es sich um eine epitheliale Geschwulst (nicht ein Papillom) von ungewöhnlichem Charakter handelte.

Paterson: Die Fossa supratonsillaris.

Redner beschreibt die anatomischen Verhältnisse des Recessus oberhalb der Tonsille und führt gewisse Variationen an, die er beobachtet hat. Mit His leitet er die Fossa triangularis von der 2. Kiemenspalte ab und macht darauf aufmerksam, dass gelegentlich die Plica triangularis vom vorderen Gaumenbogen fortbesteht. Die Entwicklung des adenoiden Gewebes um die Fossa wechselt in erheblichem Umfange und beeinflusst die Ausdehnung und die Lage des Recessus. Redner sah maligne Erkrankungen in dieser Gegend in zwei Fällen ihren Ursprung nehmen und glaubt, dass die Fossa supratonsillaris auch bei gewissen Infectionskrankheiten als Infectionspforte in Betracht kommt. In einigen der gebräuchlichsten Lehrbücher findet P. die Fossa supratonsillaris überhaupt nicht erwähnt; er glaubt, dass man sie oft für eine vergrösserte Lacune hält.

Spicer, Hill und St. Clair Thomson erkennen die anatomische Selbständigkeit dieses Recessus und seine grosse chirurgische Bedeutung vollständig an.

Paterson: Papillom der Tonsille.

Redner zeigt das Präparat eines kleinen gestielten Papilloms, das an der

vorderen und inneren Fläche der Tonsille zum Vorschein kam, thatsächlich aber von der Plica triangularis aus wuchs. Am herausgeschnittenen Präparat wurde dies erst sichtbar. Redn. ist der Ansicht, dass sowohl echte Papillome, wie kleine Massen von lymphoidem Gewebe von dieser Plica ihren Ursprung nehmen und nicht von der Tonsille selbst. Ihr Wachsthum kann mit Secretion aus der Fossa supratonsillaris in Zusammenhang stehen.

Lack: Eine neue Schlinge für Nase und Hals.

Demonstration der Schlinge, die sich schnell und langsam handhaben lässt. Die langsame Zusammenziehung wird durch eine Schraubenvorrichtung geleitet, ähnlich wie beim Lermoyez'schen Instrument. Diese wird erst in Thätigkeit gesetzt, wenn die Schlinge mit rapidem Zug um den Stiel der zu entfernenden Geschwulst fest herumgelegt ist.

Waggett: Radicale Heilung lange bestehender Antrumempyeme.

W. stellt einen Fall vor, den er nach Luc's Methode operirt hat. Die Entfernung aller Weichtheile fand durch die in der Fossa canina angelegte Wunde statt, die dann sofort durch Naht des Periosts und der Schleimhaut verschlossen wurde, nachdem die Drainage nach dem unteren Nasengang hergestellt war. Seit 8 Jahren hatte die Höhle täglich von einer alveolaren Oeffnung aus ausgespritzt werden müssen. Das Antrum war mit einer polypoid entarteten Schleimhaut ausgekleidet. Vom Tage der Operation an ist kein Eiter mehr secernirt worden und der Fall kann jetzt als definitiv geheilt betrachtet werden.

Hill und Lake erkennen die Erfolge der Luc'schen Radicaloperation an, erinnern aber daran, dass ein ähnliches Verfahren unabhängig von Spicer und Senn beschrieben worden ist.

Spicer weist ebenfalls darauf hin, dass Luc sowohl wie Waggett zahlreiche Arbeiten auf diesem Gebiete, die in englischen Journalen erschienen sind, übersehen haben. Seine Methode differirt in keinem wesentlichen Punkte von der jetzt beschriebenen. Vor Jahren bereits hat er die Oeffnung von der Fossa canina aus, Curettement der Höhle und Drainage nach dem unteren Nasengang empfohlen und selbst ausgeübt.

Waggett erwidert, dass die Luc'sche Methode — Curettement von der Oeffnung in der Fossa canina aus, Drainage nach dem unteren Nasengang, verbunden mit unmittelbarem Schluss der bucco-antralen Fistel — in einem wichtigen Punkte von Spicer's Verfahren abweicht. Es ist rathsam, längeres Drainiren durch Auskratzung der gesammten Bekleidung der Höhle zu vermeiden.

Willcocks: Fixation des rechten Stimmbandes.

70jähriger Mann. Auf der rechten Seite des Kehlkopfes bestand eine Schwellung mit gleichzeitiger Aphonie. Auf sedative Mittel und Jodkali ist die Schwellung zurückgegangen. Das rechte Stimmband ist unbeweglich und leicht congestionirt. Am Thorax ist nichts von einer Erkrankung nachweisbar.

Semon hält die Unbeweglichkeit des Stimmbandes für eine mechanische, sowohl wegen der Anamnese, als wegen der durch Jodkali erzielten Besserung. Auch sieht der Kehlkopf so „rein“ aus, dass wirklich nichts für Malignität spricht.

Butlin neigt doch zur Diagnose auf Malignität, einmal wegen der Drüsenschwellung am Halse und dann, weil der Allgemeinzustand des Patienten ein schlechter ist.

Herbert Tilley: Frühes Stadium eines Stimmbandepithelioms.

49 jähriger Mann, seit 2 Monaten aphonisch. Keine Schmerzen. Am vorderen Ende des linken Stimmbandes sieht man einen weisslichen Fleck; hinten ist das Stimmband nur leicht congestionirt; seine Beweglichkeit ist etwas geschwächt.

Der Vorsitzende und Semon halten den Fall für sehr geeignet zur Radicaloperation.

Walker Downie: Primäres Epitheliom der Uvula; mit Demonstration mikroskopischer Präparate.

56 jähriger Mann, seit 2 Monaten über Halsweh klagend. Der grössere Theil des Zäpfchens ist von der Geschwulst ergriffen und ulcerirt, die Gaumenbögen aber scheinen nicht afficirt zu sein. Die Geschwulst ist von derber Consistenz und leicht blutend. Die ganze Uvula wurde unter Cocain exstirpirt. Die Operation liegt 6 Monate zurück; der Patient ist bisher recidivfrei.

Lake: Interarytaenoidgeschwülste.

Vorstellung einer Frau, bei der L. breite blassrothe Geschwülste aus der Regio interarytaenoidea entfernt hat.

Clifford Beale möchte den Fall gern bei späterer Gelegenheit wiedersehen. Wenn nicht drängende Symptome vorliegen, hält er es für unrichtig, eine grössere Flächenverletzung zu setzen, da diese leicht zum Ausgangspunkt frischer tuberculöser Processe werden kann.

Spencer: Carcinomatöse Geschwulst der Epiglottis und der Zungenbasis.

Die Präparate, die S. vorlegt, sind durch Operation bei einem 70 jährigen Manne gewonnen. Der feste Tumor, der die Grösse einer Orange hat, nahm die Epiglottis und die Zungenwurzel ein. Die Abtragung der Geschwulst mittelst Pharyngotomia subhyoidea nach vorhergehender Tracheotomie gelang gut. Die Basis der Epiglottis wurde durchschnitten und auch die ary-epiglottischen Falten abgetrennt. Die gesammte Masse, die auf diese Weise abgelöst wurde, so dass sie an einem Stiele hing, wurde zuletzt mit der heissen Schlinge entfernt. Eine eiternde Drüse am Halse wurde incidirt. Bis zum 4. Tage ging alles wohl. Dann traten bronchitische Erscheinungen auf, denen der Patient bald erlag. Die Ge-

schwulst und die Drüsen zeigten bei der histologischen Untersuchung carcinomatösen Charakter.

Semon macht darauf aufmerksam, dass die ihm bekannten Fälle, die mittelst Pharyngotomia subhyoidea operirt wurden, insgesammt unglücklich endigten, ohne dass die Sectionsergebnisse eine rechte Erklärung dafür geben. Er kennt noch nicht einen geheilten Fall.

Butlin hat nicht bessere Erfahrungen gemacht. Er führt einen Fall an, in dem der Patient vor dem Exitus Gelbsucht und Manie bekam.

Stephen Paget: Epitheliom des linken Stimmbandes.

Die Infiltration und Ulceration des linken Stimmbandes reichen bereits in den Interarytaenoidalraum. Das linke Stimmband wird nicht bewegt. In der linken Submaxillargegend fühlt man eine geschwollene Drüse. Der Patient ist seit 6 Monaten heiser.

Semon und Butlin rathen zu sofortiger Operation.

Ernest Waggett.

III. Briefkasten.

Zum zehnjährigen Bestehen der Berliner laryngologischen Gesellschaft.

Am 24. Februar beging die Berliner laryngologische Gesellschaft die Feier ihres zehnjährigen Bestehens durch ein Fest im Künstlerhause, über welches wir in unserer nächsten Nummer eingehender berichten werden. Heute sei der Gesellschaft nur unsere beste Gratulation und unser wärmster Wunsch für weiteres fröhliches Gedeihen dargebracht.

Personalnachrichten.

Gelegentlich ihres zehnjährigen Bestehens hat die Berliner laryngologische Gesellschaft ihren langjährigen Präsidenten, Prof. B. Fränkel, sowie die Herren Prof. Stoerk (Wien) und Prof. Sir Felix Semon (London) zu Ehrenmitgliedern ernannt.

Herrn Prof. O. Seifert (Würzburg) ist vom Grossherzog von Baden das Ritterkreuz erster Klasse des Ordens vom Zähringer Löwen verliehen worden.

Dr. W. van der Heide, seit Jahren Specialarzt für Hals- und Ohrenleiden zu Amsterdam, ist am 7. Januar verstorben.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, April. 1899. No. 4.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **Depage. Ueber die Phlegmonen des Triang. pharyngo-maxill. (Des phlegmons du triangle pharyngo-maxillaire.)** *No. 13. 1898.*

D. theilt einen Fall von Phlegmone des Triang. phar. maxillare mit, welcher trotz der Eröffnung des Abscesses (Einschnitt hinter dem Sternocleidomast., langsames Eindringen in die Tiefe bis in das Dreieck, Eröffnung des Abscesses, Drainirung) während des Anlegens des Verbandes erlag (Asphyxie mit plötzlichem Herzstillstand). Daran anknüpfend, ergeht sich der Autor in allgemeinen Bemerkungen über den Gegenstand.

BAYER.

2) **Van Engelen. Drüsenphlegmonen des Triangulum pharyngo-maxill.; Drainage; Heilung. (Adéno-Phlegmon du Triangle pharyngo-maxillaire; Drainage; Guérison.)** *Journ. Méd. de Bruxelles. No. 20. 1898. La Clinique. No. 20. 1898.*

Harte Infiltration am Halse bei einem Mann, der seit 3 Wochen an Mandelentzündung leidet; keine Fluctuation; Temp. 39,0; Incision in die Mandeln lässt keine Eiterherde entdecken, es wurde daher eine Incision hinter dem Sternocleidomast. angelegt, in die Tiefe langsam vorgedrungen bis ins Pharyngomaxillardreieck, aus welchem sich dann ein grosser Fingerhut voll Eiter entleerte. Drainiren. Heilung.

BAYER.

3) **Buys. Phlegmone der Regio suprahyoidea dentalen Ursprungs. (Phlegmon sus-hyoidien d'origine dentaire.)** *La Clinique. No. 42. 1898.*

In der Sitzung vom 7. October 1898 des Cercle Méd. von Brüssel berichtet B. über einen Fall, bei welchem infolge eines Eingriffes am linken unteren Weisheitszahn sich hinter demselben ein Abscess entwickelte, welcher incidirt werden musste; darauf hin entwickelte sich in der Regio submentalis eine Geschwulst,



welche im Niveau des hinteren Bauches des Digastricus eröffnet wurde und einer Eiteransammlung den Austritt verschaffte, von der aber kein directer Zusammenhang mit dem ersten Abscess nachgewiesen werden konnte. Rasche Heilung darauf hin.

BAYER.

4) **H. Webben. Zwei Fälle von acuter diffuser Zellgewebsentzündung der Regio submaxillaris (Angina Ludovici), bei denen die Tracheotomie gemacht wurde. Heilung des einen Falles. (Two cases of acute diffuse cellulitis of the submaxillary region (angina Ludovici), in which tracheotomy was performed. Recovery in one.)** *Lancet. 17. September 1898.*

Der erste Fall betrifft eine Frau von 43 Jahren. Es wurden eine Reihe von Incisionen gemacht und ein Symonds'sches Oesophagusrohr wurde in die Trachea eingeführt. Die Frau kam zur Heilung.

Der zweite Fall betrifft eine 20jährige Frau. Die Tracheotomie wurde erst ausgeführt, als die Pat. in höchster Athemnoth sich befand. Die Trachea war schwer aufzufinden; die Pat. starb sehr bald nach der Operation.

ADOLPH BRONNER.

5) **Küttner** (Tübingen). **Ueber entzündliche Tumoren der Submaxillarspeicheldrüse.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 57. Bd. 4. Heft. 1898.*

Die entzündlichen Tumoren der Submaxillarspeicheldrüse machen ganz den Eindruck echter maligner Tumoren, man findet eine hühnerei- bis apfelgrosse Geschwulst in der Submaxillargegend, die längliche Gestalt hat und sich derb anfühlt. Die Geschwulst ist in der Tiefe wenig verschieblich durch Verwachsungen; schmerzlos. Die Entstehung solcher durch interstitielle Entzündung bedingten Erkrankung der Drüsen ist wahrscheinlich auf von der Mundhöhle ausgehende Entzündungsprocesse zurückzuführen.

SEIFERT.

6) **G. Löwenbach. Beitrag zur Kenntniss der Geschwülste der Submaxillar-Speicheldrüse.** *Virchow's Archiv. Bd. 150. p. 73.*

Verf. beschreibt nach einer kurzen Uebersicht über die einschlägige Literatur ausführlich 2 Fälle von Cylindrom der Submaxillardrüsen. Er erweist, dass die zellige Wucherung in seinen beiden Fällen von den epithelialen Theilen der Drüse ausgeht und spricht deshalb seine Geschwülste im Gegensatz zu den bisher beschriebenen cylindromatösen Sarkomen oder Endotheliomen als cylindromatöse Carcinome oder carcinomatöse Cylindrome an.

F. KLEMPERER.

7) **Van Engelen. Angeborene seröse Halscyste. (Kyste séreux congénital du cou.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 24. 1898. La Clinique. No. 24. 1898.*

Operation eines orangegrossen Tumors bei einem 25jährigen Mann, welcher vom Zungenbein bis zur Gabel des Sternums und noch etwas weiter in den Mediastinalraum hinabreicht. Der Tumor lag unter den Muskeln und hing mit der Jugularis zusammen, er stellte sich als eine angeborene seröse Halscyste heraus.

BAYER.



8) **Sultan** (Göttingen). **Zur Kenntniss der Halscysten und -Fisteln.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 48. Bd. 2. u. 3. H. 1898.*

Die Befunde von Sultan stützen sich auf 19 Fälle, auf Grund deren er zu folgenden Schlüssen gelangt:

Die unter dem Namen der Cystenhygrome bekannten Lymphangiome des Halses können unter Umständen durch Störungen in der Entwickelung der Kiemenbogen veranlasst werden. Für die mittleren, auf den Tractus thyreoglossus zurückzuführenden Halsfisteln ist bisher ein einheitlicher, von der äusseren Fistelöffnung bis zum Foramen coecum führender Gang anatomisch noch nicht nachgewiesen. Es scheint sich vielmehr in den meisten Fällen um zwei oder mehrere Gänge zu handeln, welche sowohl von der äusseren Haut, wie vom Foramen coecum her gegen das Zungenbein verlaufen und dort blind endigen. Die unter Leitung des Kehlkopfspiegels ausgeführte Sondirung des Ductus lingualis kann bei einer von aussen schon sondirbaren mittleren Fistel von diagnostischer Bedeutung sein. Die aus Resten des Tractus thyreoglossus hervorgegangenen Ranulaformen (Naumann) sind häufiger, als bisher angenommen wurde, da auch ein Theil der bisher als Dermoide des Mundbodens bezeichneten Cysten in dieselbe Kategorie fallen. Durch congenitalen Verschluss des Ductus Whartonianus kommt es zu Cystenbildungen, die unter einem wesentlich anderen Bilde verlaufen.

SEIFERT.

9) **O. Sirot. Serotherapeutische Untersuchungen über die Frühdiagnose der Tuberculose. (Recherches serotherapeutiques appliquées au diagnostic précoce de la tuberculose.)** *Soc. de sc. méd. de la Côte d'or. 5. November 1897.*

10) **Terre. Dasselbe.** *Ebenda. 14. Januar 1898.*

S. constatirte, dass die Injectionen des künstlichen Serums bei einigen Kranken Temperatursteigerungen hervorriefen; da es sich dabei im Allgemeinen um tuberculöse Individuen handelte, kam er auf den Gedanken, ob man sich des Serums nicht in analoger Weise wie des Tuberkulins, aber ohne dessen Gefährlichkeit, als Reagens bedienen könne. In der vorliegenden Arbeit theilt er eine Reihe von 10 Beobachtungen mit, welche zeigen, dass bei anämischen Patienten mit zweifelhafter Bronchitis, wenn die Injection Fieber verursachte, Tuberculose vorlag, die dann auch durch den Bacillennachweis im Sputum und durch den Verlauf der Krankheit bestätigt wurde. Die nicht tuberculösen Individuen hatten in den 9 Stunden nach einer Subcutaninjection von 20 ccm Serum kein Fieber.

Terre controlirte die Beobachtungen von Sirot durch Untersuchungen an geimpften Meerschweinchen. Es zeigt sich bei diesen nach der Injection ein Fieber, das bei den normalen Controlthieren ausbleibt und das dem Tuberculosefieber analog ist. Beim Meerschweinchen wie beim Menschen ist die Injection unschädlich.

A. CARTAZ.

11) **J. Sendziak. Beitrag zur Wichtigkeit der Larynxuntersuchung sowie Applicirung der Röntgenstrahlen bei den Aneurysmen der Aorta.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. p. 134. 1898.*

Verf. berichtet über 4 Fälle von Aneurysma, in denen der Nachweis einer

Kehlkopflähmung in erster Linie auf das Leiden hinwies und der Befund bei der Durchstrahlung die Diagnose sicherte. Beiden, der Kehlkopfuntersuchung wie der Durchleuchtung, schreibt Verf. auch eine prognostische Bedeutung zu. Aus der Stellung des gelähmten Stimmbandes könne man einen Schluss auf den Druck ziehen, dem der Recurrens ausgesetzt ist. Die Grösse des Schattens, sowie die stärkere oder geringere Pulsation seien ebenfalls von Belang. Einer der von S. beobachteten Fälle wurde durch Jodkali erheblich gebessert; danach zeigte „die linke Stimmlippe, welche früher stetig in der cadaverösen Stellung war, jetzt die mediane d. h. phonatorische Stellung"; und gleichzeitig war der Schatten viel kleiner geworden und zeigte keine Pulsation mehr, während dunkle Flecken zu sehen waren, „welche wahrscheinlich von der Gerinnselbildung abhängig waren".

F. KLEMPERER.

12) **Albert Rosenberg. Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnose der für den Laryngologen in Betracht kommenden intrathoracischen Geschwülste.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 8. p. 1. 1898.*

Verf. berichtet über die Ergebnisse der Durchstrahlung (aktinoskopische Untersuchung) von 12 Fällen (5 Aortenaneurysmen, 2 retrosternale Strumen, 3 retrosternale Tumoren resp. Mediastinaltumoren und 2 Oesophaguscarcinome). Beim Aneurysma findet sich auf dem Fluorescenzschirm ein charakteristischer Schatten; derselbe ist rundlich und pulsirt nach allen Seiten hin. Die soliden Geschwülste geben gewöhnlich einen Schatten, der mehr gradlinig oder unregelmässig begrenzt ist, aber nie so rundlich, wie der Schatten des Aortenaneurysmas, von dem er sich ausserdem noch durch den Mangel einer allseitigen Pulsation unterscheidet. Die Oesophagustumoren sieht man meist substernal und sie machen sich für gewöhnlich dadurch bemerkbar, dass der Sternalschatten nach einer oder nach beiden Seiten hin verbreitert ist. Bei retrosternalen Strumen sieht man beim Schluckact eine Bewegung, ein in die Höhesteigen des Schattens.

F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

13) **Bayet. Destruction der Nasenscheidewand ohne Deformation der Nase. (Destruction du septum nasal sans déformation du nez.)** *Bulletin de la Soc. Royale des Sciences méd. et naturelles de Bruxelles. No. 4. 1897.*

Der Artikel ist gleichbedeutend mit No. 41 des Centralblattes, No. 5, 1898.

BAYER.

14) **Abrashanow. Ersatz des Septums durch eine Knochenplatte bei der Sattelnase. Vollkommene Einheilung. (Someschtschenie nosowoi peregorotgi kostnoi plastinkoi pri sapawschem nose. Polnoe wschiwlenie.)** *Chirurgia. März 1898.*

Als Knochenplatte wurde ein Stück von gewöhnlichen Thierknochen benutzt, desinficirt, ausgekocht und in die Nase eingenäht.

P. HELLAT.

15) **B. Douglass. Die Geradestellung der verbogenen Nasenscheidewand. (The restoration of a deflected nasal septum.)** *N. Y. Med. Journal. 6. August 1898.*

Verf. beschreibt die verschiedenen Arten von Verbindung des Septum und bespricht im Einzelnen ihre Operation.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

16) **M. Yeardsley. Papillom der Nasenscheidewand. (Papilloma of the nasal septum.)** *Brit. Med. Journal. 28. Mai 1898.*

20jährige Patientin hat seit 3 Monaten Schmerzen in der rechten Nasenseite und gelegentlich leichtes Nasenbluten. Die Geschwulst des Septums, die etwa $^3/_4$ Zoll hinter dem Naseneingang sass, wurde mit der kalten Schlinge abgetragen.

ADOLPH BRONNER.

17) **H. Eichler** (Cottbus). **Adenom, einen von der Nasenscheidewand ausgehenden Polypen vortäuschend.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. p. 466. 1898.*

E. entfernte einen Polypen der Nasenscheidewand, der durch seine rosarothe Färbung auffiel und erkannte bei der mikroskopischen Untersuchung, dass es sich um ein reines Adenom handelte. Die Entfernung mit der kalten Schlinge verursachte keine besondere Blutung. Ein Recidiv trat nicht ein. Verf. giebt eine Abbildung des Präparates.

F. KLEMPERER.

18) **Robert C. Myles. Zur Chirurgie der mittleren und unteren Nasenmuscheln. (Surgery of the middle and inferior turbinated bodies and bones.)** *N. Y. Medical Journal. 19. März 1898.*

Verf. bespricht die Hauptzustände in der Nase, die einen chirurgischen Eingriff erforderlich machen.

Für die Hypertrophien der unteren Muscheln werden verschiedene Caustika empfohlen, am meisten wohl Chromsäure oder Salpetersäure. „Ich selbst habe im Allgemeinen die Salpetersäure am besten gefunden, gebrauche aber in besonderen Fällen auch Chromsäure, den Galvanokauter, Bosworth's oder Jarvis' kalte Schlinge, die heisse Schlinge oder ein schneidendes Instrument.“

Manche Autoren halten die Abtragung der unteren Muschel unter keinen Umständen für gerechtfertigt. Dem gegenüber führt M. einige Fälle an, bei denen nur diese radicale Operation zum Ziele führen konnte und bei denen die Turbinotomie auch in subjectiver und objectiver Hinsicht vollen Erfolg hatte.

Verf. beschreibt die Operation, wie er sie ausführt, ausführlich und illustrirt ihre 3 Phasen durch Abbildungen.

Stärkere Blutungen sah M. zweimal nach Abtragung eines Theiles der unteren Muschel und auch nach Entfernung des hinteren Muschelendes mit der kalten Schlinge.

Verf. hält die Entfernung von $^1/_3$—$^2/_3$ der Muschel für unzulässig, wenn das Septum gerade, das Vestibulum nasi gut und die Nasenhöhle selbst geräumig ist; denn dann entsteht fast sicher ein Zustand von Trockenheit und Krustenbildung in der Nase und dem Nasenrachen, der beständig zu störenden Symptomen Anlass giebt.

LEFFERTS.

19) **W. Permewan. Hypertrophie der unteren Muscheln. (Hypertrophied inferior turbinate bones.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1898.*

Die hypertrophischen Muscheln wurden mit einer langen Knochenscheere unter Lachgasnarkose abgetragen.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

20) **D. Bryson Delavan. Eine neue Methode zur Beseitigung gewisser Schwellungen der Nasenmuscheln. (A new method for the relief of certain enlargements of the turbinated bodies.)** *N. Y. Medical Journal. 11. December 1898.*

Abdruck eines auf dem 19. Congress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrags (vergl. den Verhandlungsbericht Centralb. XV, S. 89).

LEFFERTS.

21) **Hugo Hecht** (Göttingen). **Zur Therapie der Muschelhypertrophien.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. p. 469. 1898.*

H. empfiehlt die Aetzung mit Trichloressigsäure. Er ätzt statt von vorn nach hinten in umgekehrter Richtung und hat sich zu diesem Zweck einen „gedeckten Jurasz'schen Aetzmittelträger" anfertigen lassen (Abbildung), den er geschlossen in die Nase einführt und erst am hinteren Ende der zu ätzenden Partie öffnet.

F. KLEMPERER.

22) **Bloebaum. Die submucöse Cauterisation mittelst der galvanokaustischen Glühnadel zur Behandlung der Rhinitis hypertrophicans nebst Beschreibung und Abbildung des neu aseptisch construirten allgemeinen Platinbrenners.** *Mon. f. Ohr. No. 4. 1898.*

Bl. betrachtet als Ursache vieler unangenehmer Zufälle nach Nasenoperationen nicht desinficirte Brenner und construirte deshalb einen einfachen Brenner, der nicht umwickelt ist und dessen Pole durch einen Elfenbeinring von einander isolirt sind.

SCHECH.

23) **Hamm. Die submucöse Behandlung der Rhinitis hypertrophicans.** *Mon. f. Ohr. No. 9. 1898.*

H. verwirft die submucöse Galvanokaustik nach Bloebaum und empfiehlt Einspritzungen von 0,5 einer 10proc. Chlorzinklösung zwischen Schleimhaut und Knochen.

SCHECH.

24) **R. Craig. Einige neue Beobachtungen über die Nasennebenhöhlen. (Some new features of the accessory cavities of the nose.)** *Lancet. 25. August 1898.*

Verf. bespricht an der Hand der Arbeiten von Zuckerkandl und Hajek die Grössenverhältnisse und die Entwickelung der Nasennebenhöhlen.

ADOLPH BRONNER.

25) **Onodi. Eine seltene Anomalie.** *Mon. f. Ohr. No. 12. 1897.*

Präparat, welches sich durch die ausserordentliche Entwickelung und die ungewöhnliche Lage der hinteren Ethmoidalzellen auszeichnet; man bekommt den

Eindruck, als hätte man es mit dem zwischen den Orbitallamellen befindlichen Theil der Hirnhöhle zu thun. Eine Zeichnung illustrirt den Artikel.

SCHECH.

26) **de la Personne. Einige orbitale Symptome der Nasennebenhöhlenentzündungen. (De quelques manifestations orbitaires des sinusites.)** *Presse médic. 7. Mai 1898.*

Bei Stirnhöhlenentzündung kommen intermittirende Schmerzen vor, die Facialisneuralgie vortäuschen können, ferner Symptome von Seiten der Ciliarnerven (Photophobie, Thränen, Accomodationslähmung). Das Empyem des Sinus frontalis wird auch zum Ausgangspunkt acuter Phlegmonen der Orbita, die bei schleunigem Eingreifen ohne Fistel heilen. Dieselben Zufälle können auch bei Kieferhöhlenentzündung vorkommen; die Hauptgefahr dieser aber liegt darin, dass sie auf die Keilbeinhöhle und die Siebbeinzellen übergreift.

Bei Keilbein- und Siebbeinentzündungen giebt es sehr zahlreiche Complicationen von Seiten der Orbita (Retinitis, Neuritis optica, Irido-Choroiditis, Muskellähmungen), die zu oft als Reflexstörungen gedeutet werden.

E. J. MOURE.

27) **T. Ramond. Stirnhöhlenentzündung mit Streptococcenbefund nach Erysipel. Tod durch Gehirnabscess. (Sinusite frontale à streptocoques, consécutive à un erysipèle. Mort par abscès du cerveau.)** *Soc. anatom. Paris. 18. März 1898.*

Junger Mann von 17 Jahren erkrankt Anfang Januar nach Eröffnung einer vereiterten Lymphdrüse am Halse mit Gesichtserysipel, das auf die Nasenhöhle übergreift. Temp. 39,8°. Der Kranke ist auffallend erregt. Am 16. Januar kein Fieber mehr; das Erysipel ist abgelaufen; aus der Nase noch leichter Ausfluss. Zwei Tage später plötzlicher Temperaturanstieg auf 40,2, Unruhe und Delirien, Ungleichheit der Pupillen, Strabismus convergens und andere Zeichen, die auf Meningitis hinweisen. Tod am 21. Januar.

Die Section ergiebt eitrige Entzündung beider Highmorshöhlen und der Stirnhöhle; Gehirnabscess vorn im rechten Stirnlappen; die Meningen verdickt; keine directe Verbindung mit der Stirnhöhle. Im Eiter finden sich Streptokokken.

A. CARTAZ.

28) **Wilson** (Lounceston, Tasmania). **Abscess der Stirnhöhle mit Durchbruch durch die äussere und die innere Wand und Abscess des Stirnlappens. (Abscess of the frontal sinus with perforation of the outer and inner tables and abscess of the frontal lobe.)** *Australian Medical Gaz. 20. October 1898.*

Demonstration der Präparate in der localen Abtheilung der Brit. Med. Association.

A. J. BRADY.

29) **Goris. Ueber 2 Fälle von Sinusitis der Stirnhöhlen. (Sur deux cas de sinusites frontales.)** *La Presse Méd. Belge. No. 5. 1898.*

Vergl. den Bericht über die Sitzung der Belg. oto-laryngol. Gesellschaft in Brüssel vom 18. Juli 1897 im Centralblatt No. 4, 1898, wo darüber referirt ist.

BAYER.

30) **Meyjes. Mittheilung eines Falles vermuthlicher Pneumatocele des Sinus frontalis.** *Mon. f. Ohr. No. 10. 1898.*

Vorher Eiterung des rechten Siebbeins, dann Prominenz der rechten Stirnhöhle. Knochen theilweise papierdünn, Schleimhaut des Sinus normal, derselbe enthält keine Flüssigkeit, ist aber sehr gross, eine Verbindung mit der Nase fehlt.

SCHECH.

31) **Barth** (Danzig). **Zur Operation des Stirnhöhlenempyems.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 57. Bd. 4. Heft. 1898.*

In zwei Fällen von Stirnhöhlenempyem ging B. so vor, dass er die Gegend des Ausführungsganges osteoplastisch freilegte, die Schleimhaut der Stirnhöhle, die sich in den oberen Theil der Wunde vorwölbte, eröffnete, den Eiter entleerte und dann den oberen Theil der Nasenhöhle völlig frei machte, so dass eine breite Communication zwischen Stirnhöhle und Nasenhöhle hergestellt war. Bei dieser Methode kann auch eine etwaige gleichzeitige Erkrankung der Siebbeinzellen mit beseitigt werden.

SEIFERT.

32) **Depage. Radicalcur der Frontalsinusitis. (Cure radicale de la sinusite frontale.)** *Journ. Méd. de Bruxelles. No. 47. 1898.*

In der Sitzung vom 19. November 1898 der Belg. chir. Gesellschaft stellte D. einen Kranken vor, bei welchem er die vordere Wand des Sin. frontalis entfernt, die Ethmoidalzellen curettirt und die innere Wand des Sin. maxill. in einer grossen Ausdehnung entfernt hatte. Rasche Heilung, aber Benöthigung einer Prothese.

BAYER.

33) **v. Zur Mühlen. Demonstration eines durch Trepanation geheilten Falles von Empyem des Sinus frontalis.** Mittheil. aus der Gesellsch. der prakt. Aerzte zu Riga. — *Petersburger med. Wochenschr. No. 42. 1898.*

Z. hält die Trepanation für die allein sichere und radicale Behandlungsmethode.

Rimscha erwähnt, dass man auch durch Offenhaltung der natürlichen Wege Heilung erzielen kann.

v. Krüdener hält die Verunstaltung durch Narben für gering und empfiehlt auch die Trepanation.

P. HELLAT.

34) **Goris** (Brüssel). **Ueber die chirurgische Behandlung des Empyems der Siebbeinzellen. (Sur le traitement chirurgical de l'empyème des cellules éthmoidales.)** *La Presse Méd. Belge. No. 34. 1898.*

Cfr. Bericht über die Sitzung der Belg. otolaryngologischen Gesellschaft von Brüssel vom 19. Juni 1898.

BAYER.

35) **Auvray. Geschwulst der oberen Siebbeinzellen. (Tumeur des cellules éthmoidales supérieures.)** *Soc. anatom. Paris. 25. März 1898.*

Die Geschwulst wurde zufällig entdeckt gelegentlich der Präparation einer Orbita. Die rundliche, graue, weiche Geschwulst hatte den Umfang eines kleinen Fingers; sie hing mit dem benachbarten Knochengewebe nicht zusammen und lag

direct über der Arteria ethmoidalis anterior, mit der sie auch verwachsen war. Beim Einschneiden entleerte sich eine dickliche, trübe Flüssigkeit. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Endotheliom (Psammom) handelte.

A. CARTAZ.

36) **Roure. Osteoperiostitis des Kiefers und der Orbita bei einem Neugeborenen. Generalisation der Erkrankung und Tod. (Ostéo-periostite maxillaire et orbitaire chez un nouveau-né. Généralisation. Mort.)** *Archives internes de laryngologie. XI. 2. April 1898.*

Phlegmone der Orbita bei einem 15 Tage alten Kinde mit Sinusabscess. Spontane Eröffnung der Eiteransammlung am Alveolarfortsatz des Oberkiefers und an der Basis des unteren Augenlids. Tod nach einigen Tagen. Als Ursache wurde angesehen das Eindringen septischer Secrete in die Gesichtshöhlen während des Geburtsactes durch Hautabschürfungen.

E. J. MOURE.

37) **Rutten. Osteosarcom ausgehend von der linken Nasen- und Highmorshöhle. (Ostéosarcome commençant de la cavité nasale et de l'antre d'Highmore gauche.)** *La Presse Méd. No. 2. 1898.*

In der Belg. ophthalmologischen Gesellschaft am 28. November 1897 stellte R. einen Kranken mit beginnendem Osteosarkom der Nase und der Oberkieferhöhle vor, welches durch Compression des Canalis nasolacrymal. Thränenträufeln verursacht hatte. Die Geschwulst nimmt die ganze Oberkieferhöhle ein und in der linken Nasenhöhle erkennt man einen graulich-weissen elfenbeinharten Tumor, blutend bei der Berührung mit der Sonde. Es ist die Resection des Oberkiefers und der vorderen Nasenhöhle mit Enucleation des Auges vorgesehen.

BAYER.

38) **A. C. H. Moll** (Arnheim). **Ehemals und jetzt, anlässlich Helm's Aufsatz: „La sinusite maxillaire du roi Louis XIV."** *Med. Weekblad. 1898.*

M. giebt eine lesenswerthe Causerie über die von Helme (Archives internat. de lar., Avril 1898) beschriebene Krankheit Ludwig's XIV., sowie über die Diagnostik und Therapie des Kieferhöhlenempyems.

H. BURGER.

39) **Saint-Hilaire. Zwei Fälle von Empyem der Kieferhöhle im Anschluss an Tamponade der Nasenhöhlen. (Deux cas d'empyèmes du sinus maxillaire consécutifs au tamponnement des fosses nasales.)** *Archives internat. de laryngologie. T. XI. No. 2. April 1898.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von Antrumempyem nach Nasentamponade. Das Blut hört erst auf zu fliessen, wenn alle Theile der Nasenhöhlen, einschliesslich der Nebenhöhlen, ausgefüllt sind. Das Blut, das in dem Sinus liegen bleibt, geht daselbst in Zersetzung über; dies ist nach Verf. die Quelle der Nebenhöhleneiterungen.

E. J. MOURE.

40) **H. J. L. Struycken** (Breda). **Chronisches Empyem der Kieferhöhle. (Chronisch empyeem van het antrum Highmori.)** *Med. Weekbl. V. No. 37.*

Vortrag in einem ärztlichen Verein. Die Durchleuchtung übt S. auch noch auf diese Weise, dass er, wie bei der Durchleuchtung der Stirnhöhle, die Lampe

von Aussen und Innen auf den Oberkiefer aufsetzt, wobei die Erleuchtung des Gaumens in dem geöffneten Mund beobachtet wird. Unter den Operationsmethoden lobt er besonders diejenige von Luc.

H. BURGER.

41) **Meyjes. Die Behandlung des Empyems des Oberkiefers.** *Mon. f. Ohrenh. No. 1. 1898.*

Einlegen eines mit einem Kautschukplättchen festgehaltenen Silberröhrchens mit Verschluss behufs methodischer Ausspülung.

SCHECH.

42) **Goris. Ergänzende Bemerkungen bezüglich der Operation der chronischen Sinusitis maxillaris. (Note complémentaire concernant l'opération de la sinusite maxillaire chronique.)** *La Presse Méd. Belge. No. 5. 1898.*

Vergl. Centralblatt No. 4, 1898, Bericht über die Sitzung vom 18. Juli 1897 der Belg. otolaryngolog. Gesellschaft in Brüssel, wo darüber referirt ist.

BAYER.

43) **Herzfeld. Ueber eine einfache Methode des Abschlusses und gleichzeitigen Offenhaltens der künstlich angelegten Kieferhöhlenöffnung.** *Mon. f. Ohrenh. No. 1. 1898.*

H. bedient sich zur Offenhaltung zweifacher auf breiter, aber sehr dünner Gummiplatte ruhender Stöpsel aus reinem Patentgummi; sie können ausgekocht und mit Desinficientien in Berührung gebracht werden. Bei sehr grossen Oeffnungen wird ein zweitheiliger Stöpsel eingelegt.

SCHECH.

44) **Port. Ueber eine neue Kieferbruchschiene und Obturatoren der Highmorshöhle.** *Münch. med. Wochenschr. No. 39. 1898.*

P. empfiehlt Feinsilberstifte, die von einer Goldplatte getragen werden.

SCHECH.

c. Mundrachenhöhle.

45) **G. R. Martin. Stomatitis nach Antipyringebrauch. (Stomatitis following the administration of antipyrin.)** *Brit. Med. Journal. 17. September 1898.*

35jähriger Mann bekam Antipyrin (die Dosis ist nicht angegeben) wegen rheumatischer Neuralgie. 2 Tage nachher erschienen Flecke auf der Zunge, an der Backenschleimhaut und am harten Gaumen. Am Körper kein Ausschlag. Möglicherweise lag ein Pemphigus vor.

ADOLPH BRONNER.

46) **E. Albert. Ueber eine Form von Stomatitis. Bericht über 3 Epidemien. (Sur une variété de stomatite, relation de 3 epidemies.)** *Arch. de méd. milit. Februar 1898.*

In einem Zeitraum von 3 Jahren hat A. 3 Epidemien von einer besonderen Form von Mundentzündung beobachtet, die dem Herpes nahesteht. Dieselbe ist charakterisirt durch sehr oberflächliche Geschwürchen auf den Lippen, am Gaumen und an der Spitze der Zunge, die ohne Fieber und ohne Allgemeinsym-

ptome als desquamative Erosionen beginnen und in der Ausdehnung der Ulcerationen die Grösse eines 20-Centimestücks nicht überschreiten. Die subjectiven Erscheinungen bestehen in lebhafter Empfindlichkeit und leichter Schwellung beim Genuss salziger oder heisser Speisen. Diese Stomatitis ist gutartig und läuft in etwa 10 Tagen ab. Sie tritt epidemisch zur Sommerszeit auf, bleibt aber auf 1 oder 2 Corporalschaften beschränkt und befällt nur eine geringe Zahl von Leuten. Bemerkenswerth ist, dass Verf. diese Affection nur bei berittenen Truppen beobachtete und niemals bei der Infanterie oder aus der Civilbevölkerung von etwas ähnlichem hörte. Die Aetiologie ist unbekannt. Impfversuche schlugen fehl. Die Contagiosität aber scheint zweifellos. Bei der bacteriologischen Untersuchung fand Verf. nur die gewöhnlichen Parasiten des Mundes, Staphylokokken und einen kleinen Bacillus.

A. CARTAZ.

47) **Schütz** (Frankfurt a. M.). **Ueber Leukoplakia oris bei Psoriasis und anderen Dermatosen.** *Arch. f. Dermat. Bd. 46. Heft 3. 1898.*

In 3 Fällen von Psoriasis vulgaris beobachtete Schütz auch eine Leukoplakia oris, welche er zwar noch nicht für eine echte Psoriasis der Schleimhaut hält, aber doch in einem gewissen Zusammenhang mit derselben stehend ansieht, wie bei anderen Hauterkrankungen, die mit vermehrter Hornbildung einhergehen. Es mögen hierfür ursächliche und gemeinsame Bedingungen im Körper vorhanden sein.

SEIFERT.

48) **Van Heerswinghels. Speichelfisteln des Stenon'schen Canals. (Des fistules salivaires du canal de Sténon.)** *La Clinique. No. 17. 1898.*

Im Cercle Méd. von Brüssel, Sitzung vom 1. April 1898, theilt V. 2 Fälle von Speichelfisteln des Stenon'schen Canals mit, von denen der eine sich der Behandlung entzog, der andere auf operativem Wege geheilt wurde.

BAYER.

49) **Goris. Ueber einen Fall von Transplantation des Stenon'schen Canals wegen recidivirender Fistel. (Sur un cas de transplantation du canal de Sténon pour fistule récidivante.)** *Journ. Méd. de Brux. No. 31. 1898.*

G. löste den ganzen Stenon'schen Canal von seinem Ursprung aus der Parotis an bis zu seiner Mündung im Munde los, befreit ihn von seinen Adhärenzen, alles demselben anhaftende Bindegewebe säuberlich entfernend und befestigte ihn mit zwei Suturen tief in der Mundschleimhaut hinter der natürlichen Insertion. Heilung per primam.

BAYER.

50) **Buys. Zwei Fälle von Speichelsteinen. (Deux cas de lithiase salivaire.)** *La Policlinique. No. 5. 1898.*

Vorzeigen zweier Speichelsteine des Warthon'schen Canals in der anatomisch-pathologischen Gesellschaft, Sitzung vom 21. Januar 1898, von denen der eine 800 mg, der andere, welcher eine Froschgeschwulst vortäuschte, 301 mg wog.

BAYER.

51) **Henke. Uvula-Anomalien.** *Mon. f. Ohr. No. 7. 1898.*

Sehr eingehende und interessante, mit Abbildungen versehene und lesenswerthe Arbeit, die sich aber wegen der vielen Details nicht zum Referate eignet.

SCHECH.

52) **E. Adams. Ein Fall von membranöser Entzündung der Zunge und des Mundes mit Nachweis von Staphylococcus pyogenes aureus und anderen Coccen. (Case of membranous inflammation of tongue and mouth with presence of the staphylococcus pyogenes aureus and other micrococci.)** *Brit. Med. Journ. 16. Juli 1898.*

19jährige Patientin mit Nephritis und Neuroretinitis. Als die Pat. auf die Abtheilung aufgenommen wurde, waren gerade mehrere Fälle von folliculärer Mandelentzündung vorgekommen. 3 Monate nach der Aufnahme bekam die Pat. eine Schwellung der Zunge, hauptsächlich an deren rechter Seite. Dieselbe bedeckte sich mit weissen Flecken. Die Schwellung nahm 8 Tage zu, so dass die Zunge zum Munde hervorstand. Auch am harten Gaumen zeigten sich weisse Flecke. Nach 24 Tagen war die Zunge wieder normal. Die Patientin erlag später ihrer Nephritis.

ADOLPH BRONNER.

53) **Percy Furnivall. Eine ungewöhnliche Cyste der Zunge. (An unusual cyst of the tongue.)** *Brit. Med. Journal. 19. Februar 1898.*

Verf. berichtete in der Sitzung der Pathological Society of London vom 15. Februar 1898 über einen Patienten, bei dem eine Schwellung über dem vorderen Theil der Zunge beobachtet worden war. Die Punction und eine specifische Cur brachten die Schwellung nicht zum Verschwinden. Es wurde deshalb ein V-förmiges Stück aus der Zunge exstirpirt. Bei der Incision wurde ein Fistelgang eingeschnitten; man führte eine Sonde ein und fand, dass derselbe sich nach dem Foramen coecum öffnete. Der Gang war 1½ Zoll lang und hatte eine dicke Wandung, die mit geschichtetem Epithel ausgekleidet war. F. führt diese Bildung auf eine Störung bei der Verschmelzung der 3 primären Elemente des Organs zurück.

ERNEST WAGGETT.

54) **Gevaert. Zungentumor bei einem Kinde. (Tumeur de la langue chez un enfant.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 5. 1898. La Clinique. No. 24. 1898.*

In der Sitzung der Belg. chir. Gesellschaft vom 22. Januar 1898 berichtet G. über ein 3monatliches Kind mit einer Narbengeschwulst (Keloid) der Zunge nach Verbrennung, welches nach 2 Monaten unter Anwendung von Cauterisation mit Arg. nitr. verschwand.

BAYER.

55) **Harry Littlewood. Sarcom der Zunge. (Sarcoma of the tongue.)** *Pathol. Soc. Transactions. Brit. Med. Journal. 19. Februar 1898.*

Die Geschwulst nahm bei dem 17jährigen Jüngling die mittleren 2 Viertel der Zunge ein. Sie war im Gefolge einer durch eine Verbrühung verursachten Ulceration aufgetreten. Eine antisyphilitische Behandlung blieb ohne Erfolg und es wurde die ganze Zunge exstirpirt. Später wurden noch einige geschwollene Lymphdrüsen herausgenommen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Rundzellensarcom handelte. Der Amputationsstumpf blieb recidivfrei, doch in der linken Tonsille entwickelte sich eine Geschwulst.

Targett, der in Guy's Hospital Reports 11 Fälle von Sarcom der Zunge

mitgetheilt hat, erklärt, dass diese Geschwülste niemals Lymphosarcome sind, sondern echte Sarcome, die vom Bindegewebe und Muskel ihren Ursprung nehmen.

ERNEST WAGGETT.

56) **Lavisé. Mittheilung über Zungenresection nach Whitehead. (Communication sur la résection de la langue par le procédé de Whitehead.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 31. 1898.*

In der Sitzung der Belg. chir. Gesellschaft vom 23. Juli 1898 macht L. eine Mittheilung über Zungenresection nach Whitehead.

BAYER.

57) **Depage. Zungenexstirpation und Resection des Pharynx. (Ablation de la langue et résection du pharynx.)** *Journ. Méd. de Bruxelles. No. 47. 1898.*

In der Belg. chir. Gesellschaft, Sitzung vom 19. November 1898, stellt D. einen 32jährigen Kranken vor, welchem er wegen Carcinoms auf buccalem Wege ohne die Mundöffnung zu vergrössern drei Viertel der Zunge, den Mundboden, die Hälfte des Gaumensegels, die Gaumenbögen sammt Mandeln, die Seiten- und einen Theil der hinteren Wand des Pharynx entfernt hatte und zwar nach vorausgeschickter Tracheotomie und Ligatur der Carotis externa auf der einen, der Lingualis vom Munde aus auf der anderen Seite.

D. hat noch einen anderen 72 Jahre alten Patienten vom Munde aus an Krebs operirt, und beabsichtigt diese Methode noch häufiger auszuüben.

BAYER.

58) **H. T. Butlin. Was kann die Operation bei Zungenkrebs erreichen? (What operation can do for cancer of the tongue.)** *Hunterian Society Transactions. Brit. Med. Journal. 26. Februar 1898.*

Ein ausführliches Referat der interessanten Arbeit kann hier nicht gegeben werden. Erwähnt sei nur, dass Verf. sich von der Nothwendigkeit überzeugt hat, in allen Fällen von Zungenkrebs die Lymphdrüsen des vorderen Halsdreiecks zu entfernen, selbst wenn auch bei sorgfältigster Palpation eine Schwellung derselben nicht zu fühlen ist. B.'s statistische Uebersicht über 102 Operationen wegen Zungenkrebs ist nicht entmuthigend. 20 Fälle sind jetzt länger als 3 Jahre nach der Operation frei von Recidiv geblieben oder an anderen Ursachen gestorben, während bei 11 anderen bisher recidivfreien die Frist von 3 Jahren zur Zeit noch nicht abgelaufen ist.

ERNEST WAGGETT.

59) **J. Killian. Zur Pathologie des Ductus lingualis.** *Münch. med. Wochensch. No. 36. 1898.*

Das Foramen coecum linguae kann cystisch erweitert sein und so zu abnormer Secretion und Parästhesie Anlass geben. K. fand bei 2 Individuen eine Ansammlung grauen Schleims über dem For. coecum, in zwei anderen Fällen eine halbkugelige Geschwulst in der Mitte der Zungenwurzel dicht vor dem Lig. glossoepigl. med., welche auf Druck sich verkleinerte und graues Secret entleerte. In einem 5. Falle bestand gleichfalls eine sich in die Valleculae ziehende Geschwulst, aus der sich massenhaft weisses flockiges Secret auspressen liess.

SCHECH.



60) **G. Didsbury. Hypertrophie der Zungentonsille und Reflexstörungen. (Hypertrophie de l'amygdale linguale et troubles reflexes.)** *France méd. 1. April 1898.*

Unter den Störungen, welche die Hypertrophie des lymphoiden Gewebes zur Folge haben kann, nennt Verf. den sogen. Reizhusten, der in Anfällen auftritt und durch nichts zu beruhigen ist, ferner gewisse Störungen der Stimme, denen keine Veränderung im Kehlkopf zu Grunde liegt. Das Zustandekommen dieser Störungen ist wohl durch die Reibung der hypertrophischen Zungentonsille gegen die Epiglottis zu erklären. A. CARTAZ.

d. Diphtheritis und Croup.

61) **Welitschkina** (Moskau). **Untersuchung über das Abhängigkeitsverhältniss zwischen Länge und Virulenz der Diphtheriebacillen.** Berner Dissertat. aus d. bakteriol. Institut Berns unter Prof. Tavel. Bern 1898 bei Nolder u. Sieber.

An 50 Meerschweinchen wurde auf 300 g des Thieres je 0,1 ccm, 0,5 ccm und 2 ccm der Bouilloncultur eingespritzt. Bei der Autopsie wurden alle Ergüsse genau untersucht. Bacillen waren mikroskopisch nur an der noch hart infiltrirten Impfstelle, nie in den Ergüssen zu finden. Die Klebs-Löffler'schen Bacillen sind in Bezug auf Länge und Dicke äusserst variabel, z. B. von 0,5 μ bis 14 μ Länge, und sie scheinen sich bezüglich dieser Verhältnisse auf verschiedenen Nährböden verschieden, aber jeweilen in bestimmter Weise zu verhalten. Die Ergebnisse sind hauptsächlich folgende:

1. Die lange Varietät ist viel virulenter als die kurze.
2. Wiederholte regelmässige 1—2tägliche Ueberimpfung auf verschiedene Nährkörper vermindert die Virulenz.
3. Dicke Bacillen scheinen etwas weniger virulent zu sein als dünnere.
4. Es besteht kein Parallelismus zwischen Virulenz der Bacillen- und Häutchenbildung auf den Culturen oder dem Aussehen dieser letztern. JONQUIÈRE.

62) **Stooss** (Bern). **Ueber das regelmässige Vorkommen von Diphtherie- oder Pseudodiphtheriebacillen beim gewöhnlichen Schnupfen der Kinder.** Med. Bericht d. Jenner'schen Kinderspitals. Bern bei Schmid u. Franke. 1898.

Verf. kam durch das gleichzeitige Auftreten einer klinischen Diphtheritis bei einem achtjährigen Knaben und acutem Schnupfen ohne Belag bei dem einjährigen Brüderchen desselben darauf, auch das Nasensecret des letzteren bacteriologisch untersuchen zu lassen. Die Seruminjection brachte beide Affectionen zum Stillstand und bei beiden wurden stark virulente Bacillen gefunden.

Diese Erfahrung bewog Verf., eine grosse Anzahl von acuten Schnupfenfällen bacteriologisch zu untersuchen und regelmässig fanden sich im Deckglastrockenpräparat Bacillen, welche der Form nach kurzen oder mittellangen Diphtheriebacillen entsprachen und sich gegen Farbstoffe ebenfalls wie diese verhielten. Je nach dem Nährboden zeigten in den 45 Fällen die Culturen in verschiedenen

Zahlenverhältnissen kurze, mittlere und auch lange (Glycerinagar) Bacillen, weitaus am meisten kurze.

Die Virulenz war nur in 2 Fällen voll, in 2 schwach und in den übrigen 41 Fällen fast oder ganz null. Von den letzteren litten 31 an verschiedenen acuten Allgemeinerkrankungen, Bronchitis, Pneumonie, Rubeola, Morbilli und acuten Magendarmcatarrhen. Die kurzen virulenten liessen sich von den pseudo-diphtheritischen Bacillen morpho- und chronologisch nicht unterscheiden. Immer waren Diplococcen beigesellt; in schweren Fällen vorherrschend der Staphylococcus aureus und der Diplostreptococcus. Eine letzte Categorie von Kindern wies nur vorübergehende Nasenabsonderung mit nicht virulenten kurzen Bacillen ohne Allgemeinerkrankung auf.

Verf. glaubt also, dass bei den catarrhalischen Rhinitiden der Kinder zwei Arten Diphtherie-Bacillen vorkommen:

1. In der grossen Mehrzahl der Fälle ein dem Löffler'schen Bacillus sehr ähnliches, aber mit demselben nicht zu identificirendes Pseudo-Diphtheriestäbchen.
2. Kurze Löffler'sche Bacillen, theilweise mit abgeschwächter Virulenz.

Da die Nase oft virulente Bacillen beherbergt ohne dass sich in ihr Membranen bilden, so verlangt die Diagnose der Nasendiphtherie meistens die bacteriologische Probe auf Virulenz!

JONQUIÈRE

63) **W. E. Stevens** (N. Otago N. Zeland). **Bericht über eine Diphtheritis-Epidemie in einem ländlichen District. (Notes on an outbreak of diphtheria in a country district.)** *Australian Med. Gazette. 20. October 1898.*

Der Ausbruch der Krankheit erfolgte nach einer längeren Periode grosser Trockenheit. 18 Fälle, die nach einander erkrankten, wurden durch Serum geheilt.

A. J. BRADY.

64) **W. H. Gregory. Diphtherie des Halses, der Nase, der Conjunctiva und der Urethra mit Serum behandelt und geheilt. (Diphtheria of throat, nares, conjunctiva and urethra. Serum treatment. Recovery.)** *British Med. Journal. 17. September 1898.*

20jähriger Mann mit Membranen im Hals, in der Nase, auf der Conjunctiva und in der Urethra, bekam 6 Injectionen von je 20 ccm Serum. Der Pat. hatte vor 6 Jahren bereits Diphtherie. Bacillen wurden nicht gefunden. Es trat vollständige Heilung ein.

ADOLPH BRONNER.

65) **Sidney Martin** und **G. R. Hunt. Die im University College Hospital 1896 und 1897 mit Serum behandelten Fälle von Diphtherie. (Cases of diphtheria treated by injection of antitoxic serum in university college hospital during 1896 and 1897.)** *Brit. Med. Journal. 3. September 1898.*

Behandelt wurden 178 Fälle; bei 149 Fällen wurde der Diphtheriebacillus gefunden, bei 18 gelang der Nachweis nicht und 11 Fälle wurden nicht untersucht. Die durchschnittliche Dosis des injicirten Serums war 7,200 Einheiten. Die Localbehandlung wurde daneben nicht vernachlässigt. 17,4 pCt. der Fälle starben. In 47 Fällen wurde die Tracheotomie gemacht; von diesen starben 14.

Die Intubation wurde nicht gemacht. Von den 31 letal ausgehenden Fällen starben 11 an Anurie, 8 mit Membranen in den Bronchien, 5 an Pneumonie, 2 an Herzschwäche, 2 an Gastroenteritis und 1 an Pneumothorax. Bei 49 von den 178 Fällen wurden Ausschläge notirt.

ADOLPH BRONNER.

66) **Frank A. Nyulasy** (Melbourne Victoria). **Vier auf einander folgende Fälle von Tracheotomie wegen Kehlkopfdiphtherie. (Four consecutive cases of tracheotomy for laryngeal diphtheria.)** *Austral. Med. Gaz. 20. Oct. 1898.*

Das Alter der Kinder war 11 Monate bis 4 Jahre. Alle 4 zeigten die Symptome der bedrohlichsten Kehlkopfstenose. Drei Kinder bekamen neben der Tracheotomie noch Serum injicirt; diese genasen. Für das 4. Kind, das 3jährig war, konnte kein Serum mehr beschafft werden; dies Kind starb.

A. J. BRADY.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

67) **A. C. H. Moll** (Arnheim). **Angina epiglottidea anterior.** *Medisch Weekbl. V. No. 38.*

Ein gesunder Mann, 50 Jahre alt, bekommt, nachdem er sich ein paar Tage unbehaglich gefühlt hat, plötzlich heftigen Halsschmerz, Dysphagie, klossige Sprache und Fieber. Ohne Spiegel war nichts Abnormes, mit demselben eine starke Schwellung und Röthe an der vorderen Epiglottisfläche zu sehen. Antiphlogistische Behandlung. Heilung binnen wenigen Tagen, nachdem dreimal ganz kleine Abscesse an verschiedenen Stellen der vorderen Epiglottisfläche incidirt worden waren. Die Entzündung hatte nur die Epiglottis betroffen; die Zunge war frei und normal beweglich. Aetiologie: vielleicht Influenza.

H. BURGER.

68) **Uchermann** (Christiania). **Laryngitis acuta rheumatica circumscripta (nodosa).** Vortrag auf d. XII. internat. Congr. zu Moskau. — *Norsk. Magazin for Lägevidenskaben. S. 1295. December 1897.*

Gestützt auf 4 Fälle beschreibt U. ein Larynxödem, das in Form von begrenzten, sehr empfindlichen, blaurothen, ziemlich festen, bisweilen ödematösen Infiltrationen im Innern des Kehlkopfes auftritt. Dieselben können ein- oder doppelseitige sein, und können die Grösse einer Knackmandel erreichen. Sitzen sie in der Nähe des Crico-arytaenoidal-Gelenkes, so können sie eine Pseudoankylose dieses Gelenkes hervorrufen. Aehnliche Infiltrationen können anderswo in den oberen Luftwegen, ja selbst in dem Ohrgange und auf dem Trommelfell erscheinen. Die Differentialdiagnose, besonders gegenüber Syphilis, ist schwer. Hier kann neben der Anamnese auch die Salicylbehandlung (dagegen Erfolglosigkeit von Jodkali) bestimmend sein.

2 Krankengeschichten folgen.

SCHMIEGELOW.

69) **Uchermann** (Christiania). **Ueber Laryngitis rheumatica circumscripta (nodosa) s. g.** *Centralbl. f. innere Medicin. 39. 1898.*

U. resumirt seine Auffassung der rheumatischen Kehlkopfleiden in Folgendem:

1. Die acuten rheumatischen Allgemeinleiden können von rheumatischem Kehlkopfleiden begleitet sein (Crico-arytaenoidealgelenk).

2. Es giebt selbstständige rheumatische Larynxleiden bei Leuten von rheumatischer Constitution oder Disposition, die sich entweder als eine Laryngitis simplex äussern mit starker Empfindlichkeit und Injection, geringer Schwellung der Schleimhaut und keinem Catarrh (Lar. rheum. simplex cf. Ingals, Thorner etc.) oder in Form von Infiltration (Lar. rheumat. nodosa sui generis, Uchermann) oder als eine Laryngitis rheumat. oedematosa. Dieselben Formen kommen im Pharynx vor.

SEIFERT.

70) **Sainsbury. Ein Fall von acuter membranöser Laryngitis bei einem Kinde, bei dem die Tracheotomie und Intubation erforderlich wurde. Ausgang in Heilung. (A case of acute membranous laryngitis in a child requiring tracheotomy and intubation. Recovery.)** *Lancet. 8. October 1898.*

16 monatliches Kind erkrankte unter den Erscheinungen der Kehlkopfstenose. Es erhielt 2 mal 10 ccm Serum, ohne dass eine Besserung eintrat. S. machte die Tracheotomie und führte 17 Tage später eine kleine O'Dwyer'sche Tube ein. Das Kind genas. Diphtheriebacillen wurden nicht gefunden.

ADOLPH BRONNER.

71) **C. L. Worrale. Membranöse Laryngitis mit Hyperpyrexie durch Malariaintoxication. (Membranous laryngitis with hyperpyrexia from malarial poison.)** *Lancet. 29. October 1898.*

$2^1/_2$ jähriges Kind mit Obstruction des Kehlkopfs. Es wurde die Tracheotomie gemacht und die Symptome verschwanden. Am nächsten Tage bekam das Kind einen Krampfanfall und die Temperatur stieg auf 41°. Das Kind starb am Tage darauf. Es hatte mehrmals Malariaanfälle gehabt.

ADOLPH BRONNER.

72) **L. Grimes. Ein Fall von membranöser Tracheitis und Laryngitis ohne das Vorhandensein von Diphtheriebacillen. (A case of membranous tracheitis and laryngitis without the presence of diphtheria bacilli.)** *Lancet. 13. August 1898.*

4 jähriger Knabe in der Reconvalescenz nach Masern, wegen Kehlkopfstenose in das Spital gebracht. Es wurde die Tracheotomie gemacht; der Knabe hustete eine Membran aus. Kreosotöl wurde in die Trachea injicirt. Am 12. Tage konnte die Canüle entfernt werden.

ADOLPH BRONNER.

73) **Frankenberger. Acute Laryngitis nach innerem Jodgebrauch.** *Mon. f. Ohr. No. 11. 1897.*

Der Titel besagt Alles.

SCHECH.

74) **L. Brin. Tödtliche Kehlkopfzufälle im Verlauf einer antisyphilitischen Cur. (Accidents laryngés mortels au cours du traitement antisyphilitique.)** *Soc. anatom. Paris. p. 93. 21. Januar 1898.*

40 jähriger Mann wegen einer Geschwulst am Schenkel mit Spuren ulcerirter Gummiknoten ins Krankenhaus aufgenommen, bekam Liquor van Swieten und 3—5 g Jodkali p. die. Die Geschwulst verkleinerte sich sehr rasch. Am Ende

der 3. Woche aber trat plötzlich ein heftiger Stickanfall auf; einen Tag später erfolgte eine zweite Krise, die in wenigen Sekunden den Tod herbeiführte. Die Section ergab eine diffuse ödematöse Infiltration des Larynx mit kleinen Eiterpunkten; in der Trachea dicker Eiter. Das Oedem reicht bis in den Rachen hinauf.

A. CARTAZ.

75) **Janssens. Fall von Laryngitis haemorrhagica. (Un cas de laryngite hémorrhagique.)** *Annal. de la Société Méd. Chir. d'Anvers. Juni 1898.*

J. stellte in der Sitzung vom 21. Mai 1898 der Antwerpener Med. Chirurg. Gesellschaft einen Fall von hämorrhagischer Laryngitis vor.

BAYER.

76) **A. Rosenberg. Pachydermia laryngis (Laryng. desquamativa).** *Mon. f. Ohr. No. 6. 1898.*

Ein dem von Stein mitgetheilter ähnlicher Fall, den R. aber als Pachydermie auffasst und ausführlicher mittheilt. R. polemisirt gegen die Bezeichnung Laryng. desquamativa, zumal das Charakteristische die Wucherung und Verhornung des Epithels sei.

SCHECH.

77) **Krieg. Zu dem Aufsatz von Dr. St. v. Stein in Moskau über Laryngitis desquamativa.** *Mon. f. Ohr. No. 12. 1897.*

K. macht darauf aufmerksam, dass er in seinem Atlas der Kehlkopfkrankheiten eine der v. Stein'schen analoge Beobachtung einer harten Warze des Stimmbandes veröffentlicht habe und giebt nochmals eine Abbildung derselben.

SCHECH.

78) **H. Kanasugi** (Tokio). **Zwei Fälle von Kehlkopfödem bei Kakke (einer in Japan endemischen Krankheit).** *The Chugai Ijischimpo. 20. Januar 1898.*

1. Fall: 49jähriger Mann leidet seit 2 Monaten an Herzpalpitationen und Athombeschwerden; nach Besserung dieser Symptome bleibt Mattigkeit und Appetitlosigkeit; seit 10 Tagen wieder Herzpalpitationen, Husten mit Auswurf, Heiserkeit, Schluckbeschwerden; seit einigen Tagen Oedem und Parese der unteren Extremitäten.

2. Fall: 50jähriger Mann leidet seit 1 Monate an Herzpalpitationen, Athem- und Schluckbeschwerden. Laryngoskopisch findet Verf. ödematöse Anschwellung der Schleimhaut der Epiglottis, der Aryknorpel, aryepiglottischen Falten und Taschenbänder; durch Diuretica wird Heilung erzielt.

Die Athembeschwerden bei Kakke sind nicht allein auf die Lähmung der Athemmuskel, wie man bis dahin annahm, zurückzuführen, sondern haben auch oft ihren Grund im Larynxödem, weshalb man bei jener Erkrankung nie die laryngoskopische Untersuchung versäumen soll.

OKADA.

79) **Schulz** (Berlin). **Typhusbacillen in der Kehlkopfschleimhaut.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 34. 1898.*

Landgraf unterscheidet zwei Arten von typhösen Kehlkopfgeschwüren, erstens solche, die durch oberflächliche Epithelnekrosen mit secundärer Einwanderung von Staphylokokken entstehen, und zweitens solche, die aus typhöser In-

filtration adenoider Substanz (hintere Kehlkopfwand, Rückfläche der Epiglottis, Taschenbänder) hervorgehen. In diesen ist die Anwesenheit von Typhusbacillen wohl vermuthet (Landgraf), aber nicht thatsächlich erwiesen (wenn man von einer ganz allgemeinen, vom Verf. citirten Angabe Lucatello's [Berlin. klin. W. 1894] absieht).

Verf. hatte nun Gelegenheit, bei einer in der Charité verstorbenen Typhuskranken typhöse Infiltrate der Larynxschleimhaut histiologisch und bacteriologisch zu untersuchen. Er fand unter den Infiltraten vielfache Anhäufungen von Staphylokokken, an andern Stellen kurze, plumpe Stäbchen in Haufen, oft auch netzartig um die Bindegewebskerne geordnet und den feinsten Faserzügen des Bindegewebes folgend. Diese Stäbchen erwiesen sich bei der Züchtung als echte Typhusbacillen.

ZARNIKO.

80) **Irsai. Fall von Pemphigus laryngis.** *Mon. f. Ohr. No. 1. 1898.*

42jährige schlechtgenährte Frau mit Blase und Schorf an der Epiglottis.

SCHECH.

81) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Zur Aetiologie der sogenannten Chorditis vocalis inferior hypertrophica**. *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. VII. p. 348. 1898.*

Verf. beobachtete 21 Fälle von Chorditis vocalis inferior hypertrophica; bei 18 von diesen bestanden an anderen Stellen charakteristische skleromatöse Erscheinungen. Bei den 3 Fällen von reiner Chord. voc. infer. hypertroph. wies Verf. sowohl durch Cultur wie durch Färbung der Schnitte Sklerombacillen nach, so dass die Diagnose des primären Kehlkopfskleroms sub forma Chord. voc. inf. hypertr. sichergestellt ward. Die Chord. voc. inf. hypertr. findet sich nur ausnahmsweise bei Tuberculose, bei Lues, bei oder nach Perichondritis; sie stellt nach Verf. in den meisten Fällen nur die Form des Kehlkopfskleroms dar.

F. KLEMPERER.

82) **Kanthack. Die Vertheilung der Leprabacillen in den Geweben und die Entstehung der Riesenzellen bei den leprösen Processen des Kehlkopfs. (Distribution in the tissues of the leprosy bacillus and the histogenesis of giant cells in leprous lesions of the larynx.)** *Transact. Pathol. Soc. 1898. Brit. Med. Journal. 7. Mai 1898.*

K. giebt in der Patholog. Society einen Auszug aus einer Arbeit Bergengrün's, welcher der Ansicht Unna's beitritt, dass die Leprabacillen in den Lymphbahnen sich aufhalten und nur gelegentlich in die Zellen eindringen. Er zeigt, dass die sogenannten Kugeln und Leprazellen Durchschnitte von bacillären Thromben in Lymphgefässen sind. Auf Klatschpräparaten von Kehlkopfgeschwüren fanden sich die Bacillen in unregelmässig gestalteten Schwärmen und nicht in Zellen; auf Schnitten sah man sie in Streifen und Häufchen liegen, die von einem deutlichen Endothel umkleidet waren. Die Riesenzellen des leprösen Larynx stammen von gewuchertem Endothel um die Bacillenthromben; die Präparate erweisen deutlich den continuirlichen Zusammenhang von Endothel und Riesenzellen.

ERNEST WAGGETT.

83) **Emil Mayer. Primärer Lupus des Kehlkopfs. (Primary lupus of the larynx.)** *N. Y. Med. Journal. 8. Januar 1898.*

Abdruck eines Vortrags, gehalten auf dem 19. Congress der American Laryngological Association (vergl. den Verhandlungsber. Centralblatt XV, S. 90).

LEFFERTS.

84) **P. Hellat. Kehlkopftuberculose bei einem Kinde von 3 Monaten.** Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. 1898.

Demonstration des Kehlkopfes von einem 3monatlichen Kinde mit tuberculösen Geschwüren an beiden hinteren Rändern der Schildknorpelplatten. Die Knorpel sind stark nekrotisch.

P. HELLAT.

85) **T. Morris Murray. Ein Beitrag zum Studium der Behandlung der Kehlkopfphthise. (A contribution to the study of the treatment of the laryngeal phthisis.)** *N. Y. Med. Journal. 8. Januar 1898.*

Im Verhandlungsbericht des 19. Congresses der American Laryngological Association (Centralblatt XV, S. 90) bereits referirt.

LEFFERTS.

86) **Goris. Vorstellung zweier Fälle von Thyrotomie wegen beginnender Larynxtuberculose. (Présentation de deux cas de thyrotomie pour tuberculose du larynx au début.)** *La Presse Méd. Belge. No. 7. 1898.*

Vergl. Bericht über die Sitzung vom 18. Juli 1897 der Belg. otolaryngolog. Gesellschaft in Brüssel.

BAYER.

87) **Goris. Entfernte Wirkungen der Laryngotomie wegen Larynxtuberculose. (Résultats éloignés de la laryngotomie pour tuberculose laryngée.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 47. 1898.*

In der Sitzung vom 19. November 1898 der Belg. chir. Gesellschaft stellt G. seine bekannten zwei Patienten mit Laryngotomie wegen tuberculöser Kehlkopfgeschwüre vor, bei deren einem sich infolge der Laryngotomie im Niveau der Wunde eine Hauttuberculose entwickelt hatte, welche nur nach längerer Behandlung zur Heilung gebracht werden konnte.

BAYER.

88) **R. Lake. Schneidende Zange zur Anwendung bei Kehlkopfphthise. (Cutting forceps for use in the treatment of laryngeal phthisis.)** *Lancet. 22. Oct. 1898.*

Eine Doppelcurette, von oben nach unten und gleichzeitig von vorn nach hinten schneidend. Eine Abbildung des bei Mayer u. Meltzer, Great Portland Street, London, angefertigten Instrumentes ist der Beschreibung beigegeben.

ADOLPH BRONNER.

89) **Heermann** (Essen). **Epiglottisdoppelcurette.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngol. Bd. 8. S. 200. 1898.*

Kräftige Doppelcurette zur Abtragung der tuberculös infiltrirten Epiglottis oder eines Theils derselben in einem Stück. Verf. berichtet kurz über 13 derartige Operationen. Das Instrument ist nach dem Vorbild der Landgraf'schen Taschenbandcurette bei Pfau (Berlin) gearbeitet.

F. KLEMPERER.

90) **G. F. Maccoy. Congenitale Kehlkopfstenose. (Congenital stenosis of larynx.)** *Archives of Pediatrics. März 1898.*

Krankengeschichte eines Kindes, das 32 Stunden nach der Geburt starb. Eine Section wurde nicht gemacht.

J. W. SWIFT (LEFFERTS).

91) **Sir Felix Semon. Bemerkungen über einen Fall von congenitaler Membran zwischen den Stimmbändern verbunden mit Colobom des linken oberen Augenlids. (Remarks on a case of congenital web between the vocal cords associated with Coloboma of the left upper eyelid.)** *British Medical Journal. 28. Mai 1898.*

16jähriges Mädchen, das Verf. 1885 sah. Dasselbe hatte von der Geburt an eine schwache und heisere Stimme gehabt, häufig war beim Schreien inspiratorischer Stridor aufgetreten. Im Alter von 7 Jahren besserte sich dieser Zustand, ohne indess ganz zu verschwinden. Die Patientin ist immer heiser geblieben und in der letzten Zeit haben sich auch wieder erhebliche Athembeschwerden eingestellt. Bei der laryngoskopischen Untersuchung sieht man eine röthliche Membran zwischen den vorderen $^3/_4$ der Stimmbänder ausgespannt. Der vordere Rand derselben sieht weiss aus und dicker als der Rest der Membran. Die Bewegungen der Stimmbänder sind normal, bei der Phonation schliessen sie vollständig. Versuche, die Membran mit dem Messer zu durchschneiden, scheitern an der Festigkeit derselben. Verf. benutzt deshalb einen spitzen Galvanokauter und durchbohrt die Membran an zahlreichen Stellen. Der vordere Theil derselben ist mehrere Millimeter dick. Die Membran schrumpft vollständig mit Ausnahme des vorderen subglottischen Theiles. Die Ränder der Stimmbänder werden vollständig glatt.

Verf. giebt einen Ueberblick über die Literatur dieses Gegenstandes und erwähnt mehrere Fälle von Seifert, Poore u. a. Er erörtert auch kurz den Ursprung derartiger membranöser Verwachsungen und betont, dass das gleichzeitige Bestehen des Coloboms in seinem Falle den congenitalen Ursprung des Leidens ausser Zweifel stellt.

ADOLPH BRONNER.

92) **Dworetzky** (Kreutzburg). **Ein Fall von angeborener Luftröhrenfistel.** *Zeitschrift f. prakt. Aerzte. 23. 1898.*

Bei einem 14jährigen Knaben fand sich 1 cm über dem Manubrium sterni, an der Mittellinie des Halses, ein kleiner, etwa pfennigstückgrosser, wie narbig geschrumpfter Hautbezirk, in dessen Mitte ein von einem zarten Häutchen überkleideter Defect. Bei Druck platzt das Häutchen und es entleert sich eine zähe schleimige Masse. Die Sonde kann nur wenige Centimeter weit in die Lichtung des Canales eindringen. Behandlung wurde verweigert.

SEIFERT.

93) **Hedderich. Aneurysma des Truncus anonymus mit Durchbruch nach der Trachea.** *Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1898.*

Das Krankheitsbild war Anfangs ein sehr unbestimmtes, scheinbare Asthmaanfälle mit reichlichem Rasseln wurden immer häufiger, wechselten mit scheinbar chronischer Bronchitis, starker Dyspnoe und leichtem Fieber. Unter Zunahme der Dyspnoe und Erscheinungen der continuirlichen Stenose starb der 38jährige

Patient. Die Section ergab spindelförmige Erweiterung des Arcus aortae, starke Atheromatose; in der Trachea wallnussgrosse Geschwulst, die zwischen zwei Trachealringen durchgebrochen war, auf der Kuppe ein ulceröser Defect; die Geschwulst kam aus dem sackig erweiterten Truncus anon. SCHECH.

f. Schilddrüse.

94) **Parker Syms. Cystischer Kropf mit Operation. (Cystic goitre. Operation.)** *N. Y. Med. Record. 2. April 1898.*

Es gelang Verf., die Cyste ganz zu enucleiren, indem er durch den Mantel der Schilddrüse hindurch schnitt und die Cyste, ohne ihre Wand anzureissen, exstirpirte. Die Heilung verlief ohne Störung; der Pat. erfreut sich vollkommener Gesundheit. LEFFERTS.

95) **Mosse. Heilung eines Kropfes beim neugeborenen Kinde durch Schilddrüsenbehandlung der Mutter. (Cure of goitre in a newborn infant by thyreoid medication of the mother.)** *N. Y. Med. Journal. 7. Mai 1898.*

Das 3 Monate alte Brustkind hatte einen starken zweilappigen Kropf. Auch die Mutter hatte einen solchen ohne Myxödem, aber doch mit merklicher Schwächung des Intellects. Die Mutter erhielt täglich zwei Thyroidtabloids, die etwa 1,35 Schilddrüsensubstanz repräsentirten. Nach $1^1/_2$ Monaten war der Kropf der Mutter und ebenso der des Kindes bedeutend verkleinert. Nach einer zweiten Thyroidperiode war der Säugling vollständig geheilt. LEFFERTS.

96) **Paul Raugé** (Challes). **Die moderne Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Les traitements modernes du goitre exophthalmique.)** *Bulletin méd. 6. März 1898.*

Verf. bespricht kurz die früheren symptomatischen Behandlungsmethoden und wendet sich dann den heutigen zu. Dieselben basiren auf der

1. Schilddrüsentheorie und sind
   a) medicamentöse Therapien, indem entweder Schilddrüsenproducte oder antagonistische Substanzen derselben gegeben werden; oder
   b) chirurgische Therapien (Ligatur der Schilddrüsenarterien oder Operationen an der Thyreoidea selbst: Exothyropexie, Strumectomie, partielle oder totale Thyroidectomie);

oder auf der

2. venösen Theorie. Dazu gehören die verschiedenen Eingriffe (Durchschneidung, partielle oder totale Resection, Ausreissung) am Halssympathicus.

Vergleicht man diese verschiedenen Behandlungsmethoden in Bezug auf ihre Leichtigkeit und ihre Wirksamkeit, so hat eine jede ihre besonderen Indicationen und ihre besonderen Vorzüge; die Sympathicusdurchschneidung zum Beispiel wirkt viel mehr auf das Symptom des Exophthalmus, die Thyroidectomie mehr auf die cardio-vasculären Störungen. Autoreferat.

97) **Geo W. Crary. Der Gebrauch von Nebennierenextract bei Basedow'scher Krankheit. (The use of extract of suprarenal capsule in exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Journal. 16. April 1898.*

Verf. sieht in dem Nebennierenextract nicht ein Specificum gegen Basedow-sche Krankheit, hält es aber für ein therapeutisches Agens, das nach seiner physiologischen Wirksamkeit manchen Symptomen derselben entgegenarbeitet. Das wirksame Princip ist nur in der medullaren Partie der Nebenniere enthalten. Es ist die von Dreyer zuerst im Blut der Vena suprarenalis nachgewiesene Substanz, über die Abel und Crawford u. A. Untersuchungen anstellten und die zu den Pyridinbasen oder Alkaloiden zu rechnen ist.

Verf. berichtet über die Darstellung seines Präparates; er trocknet die frische Drüse auf dem Wasserbad, pulvert sie, extrahirt mit kaltem Wasser, filtrirt und dampft das Filtrat ab.

LEFFERTS.

98) **Colin Gray** (Bendigo Victoria). **Bericht über einen Fall von Basedow'scher Krankheit mit Exstirpation der halben Schilddrüse. (Notes on a case of exophthalmic goitre. Removal of half the thyroid gland.)** *Intercolonial Medical Journal of Australia. 20. Mai 1898.*

31j. Frau mit ausgesprochenen Symptomen der Basedow'schen Krankheit. Der rechte Lappen der Schilddrüse wurde entfernt. Dabei wurde zufällig der rechte Recurrens durchschnitten; derselbe wurde später vernäht. Sechs Monate nach der Operation ist die Patientin wieder zu leichter Arbeit fähig; die Palpitationen und die Nervosität haben nachgelassen, der Exophthalmus ist erheblich geringer. Die Stimme ist noch heiser. Ueber den laryngoskopischen Befund ist nichts berichtet.

A. J. BRADY.

99) **Jaboulay. Die Dehnung des Vagus. (L'élongation du pneumogastrique.)** *Lyon méd. 17. April 1898.*

Die Dehnung des Vagus kann nach Verf. die bulbären Reizungserscheinungen mildern. Verf. hat sie in einem Falle von Epilepsie mit Aura im Epigastrium mit Erfolg angewendet. In einem Fall von Basedow'scher Krankeit mit Husten wurden die Hustenanfälle unterdrückt. Die Operation ist auch bei gewissen nutritiven Störungen der Lungen angezeigt. Verf. giebt eine genaue Beschreibung der Operationsmethode.

A. CARTAZ.

g. Oesophagus.

100) **J. D. Louis. Verstopfung des Oesophagus. (Obstruction of the oesophagus.)** *N. Y. Med. Record. 23. Juli 1898.*

Der die Speiseröhre verstopfende Körper war ein Stück Kartoffel. Da eine Sonde sich nicht durchführen liess, gab Verf. 3,75 Wasserstoffsuperoxyd in der Erwartung, dass dieses bei Verbindung mit dem den Bissen durchtränkenden Speichel eine Gasentwickelung und infolge dessen eine Dislocation des Fremd-

körpers herbeiführen würde. Nachdem 30,0 g genommen waren, war die Versperrung der Speiseröhre vollständig behoben. V. J. SWIFT (LEFFERTS).

101) **Roemheld. Impermeable Aetzstrictur des Oesophagus bei einem 4jährig. Knaben, Heilung durch retrograde Sondirung von einer Gastrotomiewunde aus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 46. 1898.*

Der Titel besagt das Hauptsächlichste. Näheres im Original. SCHECH.

102) **Leichtenstern. Ueber den latenten Oesophaguskrebs.** *Münch. medicin. Wochenschr. No. 34. 1898.*

Die Latenz der Erscheinungen tritt dann ein, wenn der Speiseröhrenkrebs, so gross auch seine Längsausdehnung ist, in der ganzen Länge noch einen kleinen etwa 1 cm breiten Rest der Oesophagusschleimhaut freilässt; durch diese sehr dehnbare krebsfreie Rinne gleiten die Ingesta ohne Hinderniss, ebenso die Sonde. Das Carcinom des Oesoph. macht um so früher Schlingbeschwerden, je früher es die ganze innere Peripherie in Beschlag genommen hat. SCHECH.

103) **Rehn** (Frankfurt a. M.). **Operationen aus dem Brustabschnitt des Oesophagus.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 57. Bd. 4. Heft. 1898.*

Die zwei von Rehn mitgetheilten Fälle (ein Carcinom des Oesophagus und eine hochgradige Strictur durch Verätzung mit Schwefelsäure) zeigen, dass es technisch sehr wohl durchführbar ist, den Oesophagus in seinem Brusttheile freizulegen und etwaige Eingriffe an demselben vorzunehmen. SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Versammlung vom 28. Januar 1898.

Vorsitzender: F. Marsh, F. R. C. S.

F. Marsh: Multiple Papillome des Kehlkopfs.

M. stellt eine Frau in mittleren Jahren vor, die seit 7 Jahren aphonisch ist. An beiden Stimmbändern sieht man je 2 papillomatöse Höcker, ausserdem an beiden Taschenbändern eine Reihe kleinerer Geschwülste. Da die intralaryngeale Operation verweigert wurde, zog man die Thyrotomie in Erwägung. Einstweilen wurde ein Alkoholspray angewendet; der Nutzen desselben war jedoch gering.

Milligan empfiehlt die galvanokaustische Behandlung.

Wyatt Wingrave: Maligne Erkrankung der Mandel bei einem syphilitischen Patienten.

48jähriger Mann, der vor einigen Jahren Syphilis acquirirt hat und seither öfters an Halsaffectionen erkrankt ist. Vor 14 Monaten zeigte sich ein kleines Geschwür auf der Mandel. Die mikroskopische Untersuchung ergab nur eine kleinzellige Infiltration und die Affection ging unter Jodkali bald fast ganz vorüber. Später indessen begann eine Anschwellung der Mandel und eine erneute Untersuchung zeigte in ausgesprochener Weise epitheliomatösen Bau.

Milligan erwähnt einen Fall, bei dem eine Geschwulst, die klinisch durchaus als maligne imponirte, auf Pyoktanininjectionen verschwand.

Potter: Maligne Erkrankung des Kehlkopfs.

Redn. stellt einen älteren Mann vor, der seit 9 Wochen heiser ist und eine maligne Geschwulst der linken Arygegend und des linken Taschenbandes zeigt. Er fragt die Gesellschaft um ihre Meinung bezüglich der Operation.

F. Marsh räth zu operiren, da Zeichen, dass die Erkrankung bereits nach aussen vom Schilddrüsenknorpel vorgedrungen sei, nicht bestehen.

Milligan hält die Operation für berechtigt und empfiehlt die partielle Excision des Kehlkopfs, falls man nach der Thyrotomie die Geschwulst doch ausgebreiteter finden sollte, als es jetzt im Spiegelbild den Anschein habe.

Fayette Ewing: Recidivirende Parotitis bei einem gesunden Kinde.

E. berichtet über den Fall seines 8jährigen Sohnes, der seit seinem 2. Jahre an acuten Anfällen von Schwellung und Spannung in der Parotisgegend leidet. Die Affection tritt in Pausen von 3—12 Monaten auf; sie war mit einmaliger Ausnahme einseitig und verschwindet jedesmal spontan nach 2—3tägigem Bestehen. Die Parotisdrüse selbst scheint dabei nicht afficirt, auch die Lymphdrüsen nicht. E. neigt zu der Auffassung, dass es sich um eine Infection des Stenon'schen Ganges mit entzündlicher Stenose desselben und Anschwellung der Drüse handelt. Der Knabe erfreut sich im Uebrigen vollster Gesundheit.

Versammlung vom 29. April 1898.

(Verhandlungen der Gesellschaft und Journal of Laryngology. Juni u. Juli 1898.)

Vorsitzender: Dundas Grant, M. D. F. R. C. S.

Barclay Baron (Bristol): Cyste der Epiglottis.

Der Pat. ist ein Mann in mittleren Jahren. Symptome bestehen keine, nur klagt der Pat. über eine gewisse Belästigung im Halse, die er auf ein zu langes Zäpfchen zurückführt. An der lingualen Fläche der Epiglottis sitzen zwei Cysten; die eine hat etwa $^1/_2$ Zoll im Durchmesser und ist mit einer dicken Schleimhaut, auf der man erweiterte Gefässe sieht, bekleidet; die andere ist erbsengross.



Wyatt Wingrave hält nach dem langsamen Wachsthum und dem ganzen Aussehen die Tumoren eher für solide Bildungen.

Brown Kelly (Glasgow): Cysten am Boden der Nase.

Redn. stellt 3 eigene Beobachtungen und 9 Fälle aus der Literatur, die von Chatellier, Mc Bride, Dunn, Knapp, Milligan und Zuckerkandl mitgetheilt sind, zusammen. Seine eigenen Fälle sind folgende:

Fall 1. Eine hellgraue, fluctuirende, halbkuglige Hervorragung am Nasenboden unter dem vorderen Ende der rechten Nasenmuschel bei einer 27jährigen Frau. Dieselbe machte keine Symptome und wurde zufällig gefunden. Bei der Punction wurde eine dünne gelbliche Flüssigkeit gewonnen. Zwei Monate später war der Befund der Nase normal.

Fall 2. Ein ganz ähnlicher Zustand, nur etwas stärker ausgebildet, wurde bei einer 58jährigen Frau gefunden, die seit 2 Monaten darüber klagte und bei der eine kaum merkbare Verstreichung der Nasolabialfalte zu constatiren war. Vor 20 Jahren hatte eine harte Schwellung an derselben Stelle bestanden; dieselbe war nach mehrjährigem Bestehen von selbst geborsten, wobei eine gelbliche Flüssigkeit sich entleerte. Die zur Zeit bestehende Cyste wurde vor 3 Monaten incidirt. Bisher ist kein Recidiv eingetreten.

Fall 3. Eine noch grössere Cyste wurde bei einer 32jährigen Frau gefunden. Bei dieser bestand eine deutliche Entstellung des Gesichts und erheblicher Schmerz. Seit mehreren Monaten klagte die Frau über Schmerzen im Gesicht, in der Schläfe und über dem linken Auge. In den letzten 3 Wochen hatte sich der Schmerz besonders im linken Nasenflügel localisirt und seit 1 Woche war an diesem eine allmälig wachsende Schwellung eingetreten. Die Haut am unteren und äusseren Theil des Naseneingangs und die Schleimhaut unter dem vorderen Ende der unteren Nasenmuschel waren stark emporgewölbt. Die prall elastische Geschwulst war unter der Haut und über dem Knochen verschieblich. Bei der Punction entleerte sich eine blassgelbe transparente Flüssigkeit, beim Ausdrücken des Cystensacks auch ein wenig Eiter. Da die eitrige Secretion anhielt, wurde die Cyste selbst durch Incision in der Zahnfleisch-Lippen-Falte excidirt. Die Cyste lag auf dem Periost über den Schneidezähnen und erstreckte sich am Boden des Vestibulum nasi von der Mittellinie bis zum äusseren Rand des Nasenflügels und nach hinten. Die mikroskopische Untersuchung der Cystenwand ergab eine Bekleidung mit cubischem Epithel in einer Dicke von 2—12 Schichten, darunter ein lockeres Bindegewebe. Die Gesammtdicke der Wand betrug 1—2 mm. Am unteren Ende der Drüse fand sich in geringer Ausdehnung ein etwas verändertes Drüsengewebe.

Die gesammten 12 Fälle, die bisher mitgetheilt sind, betreffen Frauen im Alter von 19—58 Jahren. Eine Ursache der Erkrankung ist in der Regel nicht zu ermitteln; in einigen Fällen ist eine acute locale Entzündung vorhergegangen. Die Grösse der Cyste wechselte von Mandel- bis Wallnussgrösse. In mehreren Fällen blieb die Cyste stationär und verursachte nur eine leichte Schwellung unter dem betroffenen Nasenflügel. Innerhalb der Nase zeigt sich ein Bild, wie oben beschrieben; die cystische Hervorragung ist gewöhnlich nur erbsengross; sie wird

niemals so gross, dass sie das Septum erreicht; bei grösserer Ausdehnung breitet sich die Cyste nach den Zähnen hin aus.

Was die Pathogenese dieser Cysten anlangt, so ist zu sagen, dass die ursprüngliche Lage unter der Uebergangsstelle von Haut in Schleimhaut im Vestibulum nasi, sowie die häufig constatirte Intactheit der Zähne, gegen jeden Zusammenhang der Affection mit den Zähnen sprechen. Auf der anderen Seite muss berücksichtigt werden, dass an der Stelle der Cysten die Oberkiefer- und die mittleren Nasenfortsätze zusammenstossen. Redn. hat die histologischen Verhältnisse des Nasenbodens und der benachbarten Gewebe an einer Reihe von Personen untersucht. An einem Sagittalschnitt sieht man, dass die den Nasenboden auskleidende Membran in der eigentlichen Nase selbst fast in ihrer ganzen Dicke aus Drüsengewebe besteht; wenn man nach vorn kommt, nimmt, je mehr man sich dem Nasenflügel nähert, die Membran um so mehr nach der Tiefe zu, die Drüsen drängen sich in einzelne breite, scharf abgegrenzte Häufchen zusammen und dazwischen tritt Bindegewebe. Aus diesen tief gelegenen Drüsen führen lange Gänge nach oben und öffnen sich an der Oberfläche, deren Charakter zwischen Haut und Schleimhaut die Mitte hält. An manchen Präparaten sieht man cystenähnliche Erweiterungen dieser langen Gänge. Die Thatsache, dass die Lage dieser langen Gänge mit der der Cysten übereinstimmt, wirft vielleicht einiges Licht auf den Ursprung der letzteren. Das frühe Erscheinen der Cyste am Boden der Nase, woselbst sie nur eine geringe Ausdehnung gewinnt, und ihre weitere Ausbreitung nach unten zu lassen sich durch die feste Anheftung der Schleimhaut erklären.

Redn. hält nach Allem die beschriebenen Gebilde für Retentionscysten der Drüsenausführungsgänge, wahrscheinlich verursacht durch einen Verschluss der letzteren infolge entzündlicher Vorgänge. Das übereinstimmende klinische Bild und der gleichmässige, wenn auch bisweilen unterbrochene Entwicklungsgang der Erkrankung stempelt diese Cysten zu einer besonderen Affection.

Wyatt Wingrave erkennt die Berechtigung der von Kelly vorgetragenen Anschauungen an, macht aber auf den Stenson'schen und den Scarpa'schen Canal, sowie das Nicolson'sche Organ aufmerksam, die vielleicht auch von Bedeutung sind.

Wyatt Wingrave: Fibrom des Stimmbandes.

Vorstellung einer 68jährigen Frau, der Redn. vor 6 Monaten ein Stimmbandfibrom entfernt hat: bisher kein Recidiv.

Wyatt Wingrave: Angiofibrom des Stimmbandes.

32jähriger Mann mit Recidiv nach partieller Entfernung der Geschwulst.

Dundas Grant: Maligne Erkrankung der linken Tonsille.

Vorstellung der Patientin.

Lennox Browne und Wyatt Wingrave: Drei Fälle von Lupus mit Neutuberculin behandelt.

Fall 1: 35jährige Frau mit ausgebreitetem Lupus der Gaumenbögen, der

Epiglottis und des Larynx oberhalb und unterhalb der Stimmbänder. Während die Patientin 6 Wochen lang täglich curettirt und mit Milchsäure geätzt wurde, bekam sie gleichzeitig 25 Injectionen von Neutuberculin. Die Injectionsstellen zeigten leichte Entzündung. Die injicirten Dosen betrugen $^1/_{500}$ bis 1 mg der festen Substanz. Nach den grösseren Dosen trat eine sehr erhebliche Reaction (Allgemeinstörung und Fieber) ein. Das Gesammtresultat ist gut; ob aber die Injectionen an demselben Theil haben, lässt sich nicht sagen.

Fall 2: 14jähriges Mädchen mit ausgedehntem Lupus an Nase, Gaumen, Zunge, Schlund, Epiglottis, Taschenbändern und Arygegend. Im Ganzen wurden über 50 Injectionen gemacht; die Dosen stiegen von $^1/_{500}$ bis 3 oder 4 mg der festen Substanz. Die Patientin gewann eine vollständige Toleranz für das Mittel, das überhaupt keine Reaction mehr hervorrief. Das Endresultat der Behandlung ist nicht besser, als man es gewöhnlich durch die chirurgische Therapie, die geübt wurde, erzielt.

Fall 3: 14jähriger Knabe mit Lupus der äusseren Nase erhielt 50 Injectionen bis zu 4 mg, ohne dass ein günstiger Einfluss auf die Erkrankung bemerkbar wurde.

Die Verff. können danach nur sagen, dass die Anwendung des Neutuberculins keinen Schaden bringt; von einem Nutzen aber haben sie nichts gesehen.

Dundas Grant erwähnt einen Fall von Heron, in welchem das Mittel auf einen Lupus der Wange günstig einwirkte.

Stoker: Die Aetzung durch Sonnenstrahlen.

Redn. stellt einen Fall von Ulcus rodens der Nase und einen Lupus faciei vor, die mittelst concentrirter Sonnenstrahlen behandelt wurden. Der Gedanke, der dieser Therapie zu Grunde liegt, ist die Zerstörung der Mikroorganismen durch die Sonnenstrahlen. Versuche an Bakterien, die in rohem Fleisch in verschiedener Tiefe eingebettet waren, ergaben ermuthigende Resultate. Neben der Einwirkung der Sonnenstrahlen wandte Redn. noch Wasserstoffsuperoxyd an, um die Regeneration des gesunden Gewebe zu begünstigen. Zur Sammlung der Sonnenstrahlen benutzte er eine biconvexe Linse mit einer Brennweite von 4 Zoll.

Stoker stellt weiterhin ein 17jähriges Mädchen vor, das seit mehreren Jahren im Anschluss an Drüsenvereiterung Geschwüre am Halse hatte. Er hat dieselbe mit Wasserstoffsuperoxyd behandelt und jetzt sind alle Geschwüre glatt geheilt.

Vinrace und Wingrave kritisiren das Stoker'sche Verfahren und halten die Zerstörung der Bakterien durch Sonnenstrahlen für bisher noch nicht erwiesen. George Reid glaubt wohl, dass die hemmende Wirkung des Lichts auf das Bakteriumwachsthum durch das tiefe Eindringen der im Focus gesammelten Sonnenstrahlen wirksam gesteigert wird.

Ernest Waggett.



b) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte in Köln.

III. Sitzung am 17. April 1898.

I. Röpke (Solingen): Die Radicaloperation bei chronischen Verschleimungen und Eiterungen der oberen Nasennebenhöhlen. (Referat in Heft XI. No. 25. pag. 535.)

Discussion: Hofmann hat häufig Fälle von chronischen Stirnhöhleneiterungen durch einfache Aufmeisselung etc. und Anlegen einer weiten Abflussöffnung nach der Nase (Draineinlage) zur Heilung gebracht.

Lieven empfiehlt einfache Eröffnung, Tamponade (Jodoformgaze von der Stirnhöhle nach der Nase) und sofortigen Schluss der Hautwunde, besonders bei acuten Empyemen; er bevorzugt das Jansen'sche Verfahren.

II. Lenzmann (Duisburg):

1. Bericht über einen Fall von allgemeiner Sepsis im Anschluss an einen Furunkel des Naseneingangs; trotz frühzeitiger tiefer Incisionen in die inficirten Weichtheile trat am 5. Tage der Erkrankung Exitus ein. Die bakteriologische Untersuchung ergab reichliche Haufen von Staphylokokken. L. ist der Ansicht, dass in diesem Falle vielleicht ein noch frühzeitigeres energisches Eingreifen (sofortige Amputation der Nase!) von Erfolg gewesen wäre, dass aber diese Maassnahme praktisch natürlich unausführbar war.

2. Bei einer 26jährigen, durchaus gesunden Patientin stellte sich 3 Wochen nach einer Zahnextraction ein schnell um sich greifendes Geschwür der Mundschleimhaut und Unterlippe mit harter Infiltration ein, das sich als tuberculös erwies. Trotz frühzeitiger Anwendung von reiner Milchsäure und Thermokauter ging das Geschwür nicht zurück; nach 3 Monaten zeigte sich Infiltration der rechten Lungenspitze, die unter hektischem Fieber weiterschritt und nach weiteren 3 Monaten den Exitus letalis herbeiführte. L. nimmt an, dass primäre Tuberculose der Mundhöhle (Infection von der Zahnfleischwunde aus) vorgelegen hat. L. bezweifelt nach dieser Erfahrung die Wirksamkeit der Milchsäure bei tuberculösen Larynxgeschwüren.

Blumenfeld beobachtete ähnlichen Fall, ist aber in Bezug auf Therapie der Kehlkopfphthise weniger skeptisch.

Lieven betont zu Fall 1 die Nothwendigkeit der Untersuchung auf Zucker bei jeder Furunculose; er beobachtete bei einem Diabetiker im Anschluss an einen Furunkel Vereiterung der Submaxillardrüsen.

Kronenberg erinnert an einen von Destot beschriebenen, dem Lenzmann'schen ähnlichen Fall.

III. Guye (Amsterdam): Ueber die Plica vestibuli und das Ansaugen der Nasenflügel. (Referat in Heft X. No. 25. p. 489.)

IV. Neuenborn (Crefeld): Stenose der Luftwege (mit Krankenvorstellung).

Bei dem 61 Jahre alten Patienten trat im Anschluss an Influenza Dyspnoe mit starkem Stridor auf, so dass Tracheotomie nothwendig wurde. Es handelte sich um Ansaugung der sehr grossen Seitentheile des Kehldeckels bei jeder Inspiration in Folge von Lähmung der Musculi ary-epiglottici.

Die Lähmung ging nach der Tracheotomie zurück.

V. Kronenberg (Solingen): Stenose der oberen Luftwege aus eigenartiger Ursache.

1. Fall von Fremdkörper in der Trachea, der Pseudocroup vortäuschte. Bei der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen zeigte sich der Fremdkörper, ein Cravattenhäkchen, unter dem rechten Stimmband und wurde durch Tracheotomie entfernt.

2. Bei einem 5jährigen, schlecht genährten, neuropathisch stark belasteten Knaben traten während des Schlafes beängstigende Erstickungsanfälle ein, die trotz Beseitigung reichlicher adenoider Vegetationen fortbestanden. K. sieht die Ursache in einem Zurücksinken des Mundbodens (Zungenbasis etc.) in Folge von Erschlaffung dieser Theile nach Ausschaltung der Willensthätigkeit; die Erscheinungen schwanden, wenn man den Kiefer nach vorn schob (wie bei der Narkose). Durch Tragen eines Apparates, mittelst welchem der Kieferwinkel nach vorn geschoben wurde und Allgemeinbehandlung (Galvanisation etc.) liessen die Anfälle nach. K. meint, dass es sich um eine Art Kohlensäure-Narkose gehandelt habe.

VI. Hopmann (Köln):

1. Vorstellung eines wegen einer Wucherung des Kehlkopfeinganges durch Thyreofissur operirten Mädchens.

Es handelt sich um ein kirschengrosses gutartiges Adenofibrom in Form eines Papilloms, d. h. Taschenbandwucherung unter Bildung von Papillen an der freien Oberfläche. Beim Versuch der Operation auf endolaryngealem Wege war ein asphyktischer Anfall aufgetreten, der sofortige Tracheotomie nothwendig machte. 14 Tage später wurde die Geschwulst, die den Kehlkopfeingang ganz ausfüllte, durch Thyreofissur entfernt, die Geschwulst nahm das Gebiet des linken Ventrikels und Taschenbandes bis zur hinteren Kehlkopfwand ein und erstreckte sich in das linke Stimmband, das bei der Operation durchschnitten werden musste; eine später beginnende Narbenstenose wurde durch Einlegen Schrötter'scher Bougies mit Erfolg behandelt.

Die Stimme ist laut, rauh, etwas heiser.

Spiegelbefund: Ausgedehnte Vernarbung der linken Kehlkopfhälfte und Stillstand des narbig geschrumpften linken Stimmbandes und Aryknorpels (Anchylosis spuria).

2. Zur Operation der Schädelbasisfibrome (mit Vorstellung von 2 Patienten). (Referat in Heft X. No. 46. p. 493.)

3. Vorstellung eines otiatrischen Falles.

VII. Moses (Köln): Ueber Ohrcholesteatom (mit Vorstellung von 2 Patienten). Moses (Köln).

---

c) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.[1])

6. Jahresvereammlung, im Haag, 22. Mai 1898.

In den Vorstand wurden wiedergewählt die Herren Guye, Vorsitzender, Moll, Schatzmeister, Burger, Secretär.

1. W. Posthumus Meyjes (Amsterdam): Ueber die Aetiologie von einigen nasalen Reflexneurosen.

Der vordere Theil der mittleren Muschel und das Tuberculum septi sind die hauptsächlichsten Stellen, von welchen nasale Reflexe ausgehen. Oft wird eine Hypertrophie der unteren Muschel ohne Heilerfolg für das Reflexleiden behandelt; während letzteres dauernd ausheilt, sobald eine mässige Schwellung am vorderen Theil der mittleren Muschel beseitigt wird.

Discussion: Zwaardemaker, Moll, Braat, von der Heide, Pel und Vortr.

2. A. C. H. Moll (Arnheim): Ueber Tuberculom der Nase.

Mittheilung zweier Fälle.

In der Discussion, an der sich auch die Herren Moll, Sasse, Braat und Huysman betheiligen, wird die Wirkung des Phenol sulforiciné besprochen, von dem Herr Cohen Tervaert in einem Fall von Larynx-Tuberculose eine sehr unangenehme Reizung der Schleimhaut erlebte.

3. H. Zwaardemaker (Utrecht): Demonstration von Methoden und neuen Thatsachen aus der experimentellen Phonetik.

Z. hat die graphische Methode der articulatorischen Lautforschung erheblich modificirt und ausgedehnt. Er registrirt die Bewegungen des Unterkiefers, der Lippen und des Mundbodens, und demonstrirt eine grosse Anzahl auf diese Weise erhaltener Curven.

4. H. Burger (Amsterdam): Demonstration von Röntgen-Photographien.

B. demonstrirt eine Anzahl Röntgen-Photographien, welche Scheier (Berlin) der Gesellschaft zugesandt hat. Er verbreitet sich über die Sondirung der Stirnhöhle, welche er einmal in einem Fall, wo die Höhle von aussen eröffnet war, hat demonstriren können.

Discussion: Zwaardemaker.

---

1) Der ausführliche Sitzungsbericht in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde.

5. J. H. Reintjes (Nymegen): A. Demonstration eines Falles von Glandula thyreoidea der Zungenbasis.

Der 25jährige Pat. sprach seit den Kinderjahren, als wenn er einen Kloss im Munde hätte. Seit 3 Jahren wiederholte Blutungen aus dem Munde. Auf der Zungenbasis wurde eine grosse Geschwulst entdeckt. Nachdem Elektrolyse erfolglos angewendet, Exstirpation der Geschwulst nach Tracheotomie und temporärer Spaltung der vorderen Gaumenbögen. Mikroskopisch besteht die Geschwulst aus Schilddrüsengewebe. An der normalen Stelle ist keine Schilddrüse nachweisbar. Seit der Operation geht es dem Pat. schlecht; wahrscheinlich entwickelt sich Myxödem.

Discussion: van Selms, Zwaardemaker, ten Siethoff, Pel und Vortr.

B. Demonstration eines Kranken, bei dem ein Sarcoma plicae ary-epiglotticae entfernt worden ist.

Es ist derselbe Pat., den R. vor 3 Jahren in dieser Gesellschaft demonstrirt hat. Jetzt entwickelt sich ein Recidiv.

C. Demonstration eines Tonsillen-Papilloms und eines Choanalpolypen.

Beide sind stattliche Exemplare.

6. W. Posthumus Meyjes: A. Demonstration eines Patienten mit invertirtem Zahn in der Nase.

Der Zahn sitzt im Nasenboden fest. Das Gebiss ist complet.

Discussion: van Anrooy, Fackeldey.

B. Demonstration von 9 Patienten, bei denen die Radicaloperation des Ohres gemacht worden ist.

C. Demonstration einer Schutzbrille.

Der Apparat beschirmt die untere Hälfte des Gesichtes gegen Anhusten.

7. P. J. Zaalberg (Amsterdam): A. Demonstration zweier Fälle von radicaler Mastoidoperation.

B. Demonstration eines Falles von fortwährender Heiserkeit und Halsschmerzen, durch Sprechübungen geheilt.

Der Titel deckt den Inhalt.

Discussion: Posthumus Meyjes, Burger, Zwaardemaker.

8. H. Braat (Arnheim): Behandlung von Ozaena mit interstitieller Elektrolyse.

Von 15 Patienten sind 5, resp. in 3, 7, 5, 8 und 6 Sitzungen geheilt. In allen Fällen, wo die Methode wirksam war, trat der Heilerfolg bereits sehr rasch auf. Die Methode verdient grössere Anerkennung. B. demonstrirt zwei geheilte Patienten.

Discussion: Moll, van der Wey.

9. A. C. H. Moll: Carcinoma laryngis.

M. berichtet über einen Fall von Stimmbandcarcinom bei einem 69jährigen Manne, wo die Diagnose Carcinom durch zweimalige mikroskopische Untersuchung sichergestellt war, und wo die Neubildung auf endolaryngealem Wege vollständig entfernt wurde. Seit einem Jahre ist noch kein Recidiv aufgetreten.

Der zweite Fall betrifft ein Carcinom der Plica ary-epiglottica und der Epiglottis, welches durch Laryngotomia subhyoidea und Exstirpation der Geschwulst sowie der halben Epiglottis dauernd geheilt wurde.

Discussion: van der Heide, ten Siethoff, von Leyden, Cohen Tervaert und Vortr.

10. G. D. Cohen Tervaert (Haag): A. Demonstration eines Patienten mit intralaryngealer Luftcyste.

Der Pat. ist von T. in der vorjährigen Versammlung demonstrirt worden. Die damals bestehende Blase hat er mit der Glühschlinge abgeschnürt. Jetzt findet sich an Stelle der Blase in der linken Seitenwand eine kleine Oeffnung, welche in den Ventrikel führt. Es ist jetzt klar, dass in der linken Kehlkopfwand ein Tumor sitzt, welcher die mediane Verdickung verursacht und im Sinus pyriformis prominirt.

B. Demonstration von zwei Patienten mit abnormer Arteria phar. ascendens.

Beide Patienten zeigen eine deutliche Pulsation in der seitlichen Rachenwand.

Discussion: Posthumus Meyjes.

11. E.G.A. ten Siethoff (Denenter): Ueber Ménière'sche Krankheit.

S. führt aus, dass die Ménière'sche Krankheit eine Gruppe von Reflex-Erscheinungen darstellt, welche sehr oft mit den halbcirkelförmigen Canälen nichts zu thun haben. Sehr oft geht der Reflex von der Nase, namentlich vom hinteren Theil der mittleren Muschel aus. S. hat 19 Fälle von Ménière'scher Krankheit von der Nase aus behandelt, und sämmtlich geheilt.

Discussion: Posthumus Meyjes, Pel, Moll und Vortr.

12. A. A. G. Guye (Amsterdam): Ueber die Plica vestibuli und das Ansaugen der Nasenflügel.

G. empfiehlt in Fällen von Ansaugen der Nasenflügel das Einlegen kleiner Kautschuckringe, mit denen seine Patienten immer sehr zufrieden gewesen. Er demonstrirt die abweichenden Verhältnisse der Plica an mehreren Affenköpfen.

13. P. K. Pel (Amsterdam): Ein Fall von angeborener Larynxstenose.

Ein Kind von 9 Wochen mit allen Zeichen von laryngealer Stenose.



14. M. Bolt (Groningen): Ein Fall von Parotisfistel.

Seit längerer Zeit läuft aus dem einen Ohre Speichel ab. Dennoch ist im Gehörgang und am Trommelfell nichts Abnormes zu entdecken.

15. A. A. G. Guye: Demonstration von conischen Canülen für die Kieferhöhle.

Canülen für die Durchspülung des Antrum nach Eröffnung in der Alveole.

16. W. Posthumus Meyjes: Ein Fall von vermuthlicher Pneumatocele der Stirnhöhle.

Bei dem 18jährigen Pat. entwickelte sich, nachdem früher eine Ethmoiditis chronica durch locale Behandlung geheilt worden war, eine progrediente Vorwölbung der rechten vorderen Stirnhöhlenwand. Nach Eröffnung derselben wurde die Höhle durchaus leer und die Schleimhaut derselben normal befunden. Die Knochenwand war äusserst dünn. Die Communication der Höhle mit der Nase zeigte sich nach der Operation gänzlich frei. H. Burger.

III. Briefkasten.

Das Stiftungsfest der Berliner laryngologischen Gesellschaft.

Am 24. Februar d. J. hatte sich der grössere Theil der Mitglieder der Berliner laryngologischen Gesellschaft mit ihren Damen sowie eine beträchtliche Anzahl von Gästen im neuen Künstlerhause versammelt, um das zehnjährige Bestehen derselben durch ein Festmahl zu feiern.

Der Vorsitzende, Herr Geheimrath Fränkel, hielt den Kaisertoast. Darauf berichtete Herr Heymann, gleichzeitig auf die Thätigkeit der Vereinigung einen kurzen Rückblick werfend, über ihre Entstehung und schloss mit einem vivat crescat floreat auf dieselbe.

Herr Peltesohn dankte dem Vorstande für seine bisherige mühevolle und umsichtige Thätigkeit und brachte auf denselben, insbesondere auf den Vorsitzenden ein Hoch aus.

Herr Dr. Fischenich (Wiesbaden) überbrachte die Glückwünsche der Vereinigung süddeutscher Laryngologen und Herr Professor Okada die der laryngologischen Gesellschaft in Tokio; beiden Herren dankte der Präsident im Namen der Jubilarin.

Darauf toastete Herr A. Rosenberg auf die Gäste, als deren Vertreter Herr Professor Gluck in sehr launiger Weise für ihre Einladung dankte.

Herr Dr. Peyser hielt einen sehr ansprechenden und erheiternden Toast auf die Damen.

Glückwunschtelegramme und briefliche Gratulationen waren eingegangen von den Herren Prof. Stoerk (Wien), Prof. Sir Felix Semon (London), Dr. Victor Lange (Copenhagen), Hofrath Dr. Beschorner (Dresden) u. v. a.

Auf einer von Herrn Flatau launig und hübsch entworfenen und künstlerisch ausgeführten Tischkarte wurden die kulinarischen Genüsse des Abends verrathen und eine mit Witz und Satire gespickte Festzeitung — chorda vocalis salsa, d. i. eine gesalzene Stimmlippe —, aus deren reichem Inhalt der „Redacteur" viel lustiges vortrug, erheiterte und hob die Stimmung der Versammlung, die ein von demselben Verfasser angefertigtes Tafellied mit Verve sang, das von den Freuden und Leiden des Laryngologen zu erzählen wusste.

Herr Dr. Aronsohn (Nizza) liess der laryngologischen Gesellschaft eine von dem Bildhauer Herrn Reinhold (Berlin) angefertigte Büste ihres Vorsitzenden, Herrn B. Fränkel, als Geschenk überreichen.

Nach dem Mahle wurde von einigen jüngeren Collegen eine Festmimik fast vollendet dargestellt, die Herr Dr. Peyser mit reichem Witz, vielem Humor und mannigfachen Anspielungen auf Vorkommnisse in den Verhandlungen der Gesellschaft gedichtet hatte und die er mit dem vielsagenden Titel: „Larynxschwindel, eine acute Alkohol-Intoxication in 1 Akt von Risorius Santorini" versehen hatte. Die Hauptrolle in derselben spielte „Dr. Fritz Muschelbrenner, Specialarzt für Hals- und Nasenleiden in Berlin, z. Z. etwas schwindlig".

Ein flotter und gemüthlicher Tanz hielt die Gesellschaft bis lange nach Mitternacht zusammen.

Sechste Versammlung süddeutscher Laryngologen.

Heidelberg, 3. April 1899.

Tagesordnung:

I. Sonntag, den 2. April:

Abends 8 Uhr: Zusammenkunft und gegenseitige Begrüssung im Grand Hôtel.

II. Montag, den 3. April:

3/4 8 Uhr: Ausschuss-Sitzung.

Von 8—1 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung im Hörsaale der medicinischen Klinik (akad. Krankenhaus).

3/4 2 Uhr: Gemeinsames Mittagsmahl (mit Damen) im Grand Hôtel.

Nach dem Essen bei günstigem Wetter gemeinschaftlicher kleiner Ausflug in die nächste Umgebung Heidelbergs.

Abends 8 Uhr erbittet sich Prof. Jurasz die Ehre, die Theilnehmer zu einer gemüthlichen Zusammenkunft in seinem Hause zu empfangen.

Angemeldete Referate, Vorträge und Demonstrationen.

1. Referat: Avellis (Frankfurt a. M.): Stimmermüdung und Stimmhygiene.
2. Eulenstein (Frankfurt a. M.): Demonstration einer Röntgenaufnahme bei rechtsseitiger Recurrenslähmung.
3. Eulenstein (Frankfurt a. M.): Demonstration eines pathologischen Präparates.
4. Seifert (Würzburg): Tuberculose des Thränennasen-Canales.
5. Siebenmann (Basel): Zur Behandlung der Sinuitis maxillaris chronica durch Resection der medialen Kieferhöhlenwand.
6. Killian (Freiburg i. B.): Kleinere Mittheilungen und Demonstrationen.
7. Winckler (Bremen): Zur Behandlung der Stirnhöhleneiterung.
8. Schäfer (Neustadt a. H.): Demonstration eines Aneurysma der Arteria pharyngea ascendens.



9. Killian (Worms): Multiple Hirnnervenlähmung (mit Demonstration).
10. Killian (Worms): Zur Pathologie des Ductus lingualis (mit Demonstration).
11. Jens (Hannover): Ueber die Stellung der Aryknorpel beim Singen.
12. Proebsting (Wiesbaden): Demonstration eines Präparates von Thymushyperplasie bei einem an inspirator. Stridor gestorbenem Kinde.

Einundsiebenzigste Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

München, 18.—23. September 1899.

München, im März 1899.

Sehr geehrter Herr!

Der unterzeichnete Vorstand der Abtheilung für

Nasen-, Mund- und Kehlkopfkrankheiten

giebt sich die Ehre, die Herren Fachgenossen zu der vom 18. bis 23. September hier stattfindenden Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte ganz ergebenst einzuladen.

Da den allgemeinen Einladungen, die Anfangs Juni zur Versendung gelangen, bereits ein vorläufiges Programm der Versammlung beigefügt werden soll, so bitten wir, Vorträge und Demonstrationen spätestens bis Ende April bei einem der Unterzeichneten anmelden zu wollen.

Es liegt in der Absicht der Geschäftsführung, dem in den letzten Versammlungen hervorgetretenen Wunsche auf Beschränkung der Zahl der Abtheilungen dadurch gerecht zu werden, dass sie versuchen wird, thunlichst einzelne Abtheilungen zu gemeinsamen Sitzungen zu vereinigen.

Indem wir um Ihre Unterstützung bei diesen Bestrebungen bitten, ersuchen wir Sie ergebenst, uns Ihre Wünsche in Betreff gemeinsamer Sitzungen einzelner Abtheilungen gütigst übermitteln und Berathungsgegenstände für diese Sitzungen bezeichnen zu wollen.

Endlich wollen wir nicht unterlassen, schon heute mitzutheilen, dass gemäss einer in der letzten Vorstandssitzung der Gesellschaft getroffenen Verabredung einstweilen Mittwoch, der 20. September für gemeinsame Sitzungen jeder der beiden Hauptgruppen freigehalten werden soll. Die für diese Verhandlungen in Aussicht genommenen Gegenstände hofft die Geschäftsführung in Kurzem bekannt geben zu können.

Der Einführende:
Dr. Ph. Schech,
Professor extraordin. für Laryngo-Rhinologie.
Sophienstrasse 2/1.

Die Schriftführer:
Dr. H. Neumayer,
Docent an der Universität,
I. Assistent der laryngo-rhinol. Klinik,
Sonnenstrasse 17/2.
Dr. Fr. Schäfer,
II. Assistent der laryngo-rhinol. Klinik,
Loristrasse 4/3.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

1899. **April.**

Neuestes Verzeichniss

von

MEDICINISCHEN WERKEN

aus dem Verlage von

August Hirschwald, Verlagsbuchhandlung

in Berlin N.W. Unter den Linden 68.

Abel, Dr. Karl, **Die mikroskopische Technik und Diagnostik in der gynaekologischen Praxis.** Für Studirende und Aerzte. gr. 8. Mit 39 Abbildungen. 1895. 3 M.

Ackermann, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Th., **Die pathologische Bindegewebsneubildung in der Leber** und Pflüger's teleologische Causalgesetze. 4. 1894. (Aus der Festschrift zur 200jährigen Jubelfeier der Universität Halle.) 1 M.

Albu, Dr. Albert, **Ueber die Autointoxicationen des Intestinaltractus.** gr. 8. 1895. 5 M.

Babes, Prof. Dr. V., **Atlas der pathologischen Histologie des Nervensystems.** Herausgegeben v. Prof. V. Babes (Bukarest), P. Blocq (Paris), Prof. Ehrlich (Berlin), Prof. Homén (Helsingfors), Docent V. Marchi (Modena), Prof. P. Marie (Paris), G. Marinesco (Bukarest), Prof. Mendel (Berlin), Prof. Moeli (Berlin), Prof. C. v. Monakow (Zürich), Prof. Ramon y Cajal (Madrid) und Prof. Vanlair (Lüttich). Redigirt v. Prof. V. Babes. 1. Lieferung. Die krankhaften Veränderungen der Muskelnerven und deren Endigungen. gr. 8. Mit 8 lithogr. Tafeln. 1892. 14 M. — 2. Lieferung. Régénération des nerfs. Degeneration und Entzündung der Nerven. 4. M. 9 lithogr. Tafeln. 1894. 18 M. — 3. Lieferung. Die pathologische Histologie der sensitiven Nervenendigungen sowie der Nervenganglien. (Erscheint später.) — 4. Lieferung. L'Anatomie fine de la moelle épinière. 4. Mit 8 lithogr. Tafeln. 1895. 16 M. — 5. Lieferung. Lésions des cordons postérieurs d'origine exogène. 4. Mit 10 Tafeln in Heliogravure. 1896. 12 M. — 6. Lieferung. Die histologischen Veränderungen bei der (experimentellen) secundären Degeneration des Rückenmarkes. Verschiedene Formen der Entartung und Entzündung der weissen Rückenmarksubstanz, der Rückenmarkhäute und Wurzeln. 4. Mit 8 lithogr. Tafeln. 1896. 18 M. — 7. Lieferung. Feine histologische Veränderungen des Rückenmarkes. Chronische infectiöse Entartungen der Rückenmarkhäute und der weissen Substanz. Pathologische Histologie der grauen Substanz und des Centralcanals mit Ausschluss der wahren Geschwulstbildungen. 4. Mit 9 lithogr. Tafeln. 1896. 18 M.

Baginsky, Prof. Dr. Ad., **Die Serumtherapie der Diphtherie** nach den Beobachtungen im Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus in Berlin. gr. 8. 1895. 10 M.

Behla, San.-Rath Dr. Rob., **Die Amöben**, insbesondere vom parasitären und culturellen Standpunkt. gr. 8. Mit 1 lithogr. Tafel. 1898. 2 M.

Beissel, Dr. J., Kgl. Bade-Inspector in Aachen, **Allgemeine Brunnendiätetik.** Anleitung zum Gebrauch von Trink- und Badecuren. 8. 1897. 2 M. 40.

Beiträge, internationale, zur wissenschaftlichen Medicin. Festschrift **Rudolf Virchow** gewidmet zur Vollendung seines 70. Lebensjahres. Imp.-8. Drei Bände. Mit 45 Tafeln und 108 Textabbildungen. 1891. 120 M.

Beobachtungsjournale für fieberhafte Krankheiten. Entworfen von Dr. Max Boehr. 50 Beobachtungstafeln zur Notirung der Temperatur, Pulsfrequenz, Respiration und Tagestherapie. qu.-Fol. (In einer Mappe.) 3 M.

v. Bergmann, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Ernst, **Arbeiten aus der chirurgischen Klinik** d. Kgl. Universität Berlin. gr. 8. XIII. Theil. Mit 1 Taf. 1898. 4 M.

— — **Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten.** Dritte neu bearbeitete Auflage. gr. 8. Mit 32 Holzschn. 1899. 15 M.

— — **Die Entwickelung des chirurgischen Unterrichts** in Preussen. Rede zur Feier des Geburtstages S. M. des Kaisers und Königs in der Aula der Kgl. Universität am 27. Januar 1893 gehalten. gr. 8. 1893. 60 Pf.

— — und Ober-Stabsarzt Dr. H. **Rochs, Anleitende Vorlesungen für den Operations-Cursus an der Leiche.** Dritte erweiterte Auflage. 8. Mit 60 Abbildungen. 1896. Gebunden 5 M.

Biesalski, Dr. Konr., **Die Entstehungsweise der verschiedenen Formen von Peritonitis.** gr. 8. 1895. 2 M.

Binz, Geh. Rath Prof. Dr. Carl, **Vorlesungen über Pharmakologie für Aerzte und Studirende.** Zweite gänzlich umgearbeitete Auflage. gr. 8. 1891. 16 M.

— — **Grundzüge der Arzneimittellehre.** Ein klinisches Lehrbuch. Zwölfte gemäss den neuesten Zusätzen und Verbesserungen des deutschen Arzneibuches bearbeitete und durch eine Verordnungslehre verm. Auflage. 8. 1894. 5 M.

— — **Receptsünden und ihre Folgen.** Zweite Auflage. 8. 1899. 60 Pf.

— — **Doctor Johann Weyer.** Ein rheinischer Arzt, der erste Bekämpfer des Hexenwahns. Ein Beitrag zur Geschichte der Aufklärung und der Heilkunde. Zweite umgearb. und vermehrte Auflage. Mit dem Bildnisse Joh. Weyer's. gr. 8. 1896. 3 M. 60.

Blauberg, Dr. M., **Experimentelle und kritische Studien über Säuglingslingsfäces** bei natürlicher und künstlicher Ernährung, mit besonderer Berücksichtigung der Mineralbestandtheile und Untersuchungsmethoden. Aus dem hyg. Institut der Universität Berlin. gr. 1897. 3 M.

Blumenfeld, Dr. Felix, **Specielle Diätetik und Hygiene des Lungen- und Kehlkopf-Schwindsüchtigen.** gr. 8. 1897. 2 M. 80.

Boks, Dr. D. B., **Beitrag zur Myositis ossificans progressiva.** Aus der chirurgischen Klinik in Utrecht. gr. 8. Mit Holzschn. (Erweiterter Sonder-Abdruck der Berl. klin. Wochenschrift.) 1898. 60 Pf.

Bornträger, Dr. J., **Ueber die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes** bei Anwendung des Chloroforms und anderer Inhalations-Anästhetica. Gekrönte Preisschrift. gr. 8. 1892. 2 M.

Bottermund, Dr. W., **Ueber die ärztliche Behandlung von Störungen der Singstimme.** Sonderabdr. a. d. Archiv f. Laryngolog. gr. 8. 1898. 40 Pf.

Brandt, Dr. L., **Lehrbuch der Zahnheilkunde.** Mit besonderer Berücksichtigung der Medicin und Chirurgie. gr. 8. Mit 155 Abb. 1890. 18 M.

— — **Klinik der Krankheiten der Mundhöhle, Kiefer und Nase.** Heft 1: Defecte und Phosphornekrose. gr. 8. Mit 14 Abb. im Text. 1898. 1 M. 60 Pf. Heft 2: Empyeme und Cysten. gr. 8. Mit 7 Abb. im Text. 1898. 1 M. 20.

— — **Beiträge zur Behandlung der Schussverletzungen der Kiefer** und deren benachbarten Weichtheile. gr. 8. 1892. 1 M.

Bruns, Prof. Dr. Paul, **Ueber die kriegschirurgische Bedeutung der neuen Feuerwaffen.** Vortrag vom 21. Chir.-Congr. gr. 8. 1892. 50 Pf.

Busch, Prof. Dr. F., Director des zahnärztlichen Institutes der Kgl. Universität Berlin, **Die Extraktion der Zähne,** ihre Technik und Indikations-Stellung mit Einschluss der Betäubung. gr. 8. Zweite Aufl. Mit 33 Abbild. 1899. 2 M.

Busse, Privatdocent Dr. O., **Die Hefen als Krankheitserreger.** gr. 8. Mit 2 lithogr. Bunttafeln und 9 Fig. im Text. 1897. 3 M. 60.

Bussenius, Stabsarzt Dr. W. und Dr. H. **Cossmann, Das Tuberculin TR.** Seine Wirkung und seine Stellung in der Therapie der inneren und äusseren Tuberculose Aus der Klinik für Hals- und Nasenkranke der Kgl. Charité. gr. 8. 1898. 4 M.

Charité-Annalen. Herausgegeben von der Direction des Königl. Charité-Krankenhauses zu Berlin. Redigirt von dem ärztlichen Director Generalarzt und Geh. Ober Med. Rath Dr. Schaper. (Erscheinen alljährlich.)

Davidsohn, Dr. Hugo, **Die Ergebnisse der Fango-Behandlung** nach den Erfahrungen an der Berliner Fango-Kuranstalt. gr. 8. Mit 4 Abbildungen. 1898. 1 M. 20.

Dreyfuss, Dr. J., **Ueber die Sterblichkeits-Abnahme** in deutschen Grossstädten im Laufe der letzten drei Decennien. (Sonderabdruck a. d. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medicin 1899, Suppl.) gr. 8. 1899. 2 M.

Dührssen, Prof. Dr. A., **Ueber Aussackungen, Rückwärtsneigungen** und Knickungen der schwangeren Gebärmutter mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten Retroflexio uteri gravidi partialis. (Sonderabdruck a. d. Archiv f. Gynaekologie.) gr. 8. Mit 3 lithogr. Tafeln und 10 Abbildungen im Text. 1898. 5 M.

Eberth, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. C. J., **Die Sarkolyse.** Nach gemeinsam mit Herrn Dr. Nötzel ausgeführten Untersuchungen an der Froschlarve. 4. Mit 1 Holzschnitt und 1 Tafel. 1894. (Aus der Festschrift zur 200jährigen Jubelfeier der Universität Halle.) 1 M. 60.

Ehrlich, Prof. Dr. P., **Farbenanalytische Untersuchungen zur Histologie und Klinik des Blutes.** Gesammelte Mittheilungen. I. Theil. gr. 8. 1891. 4 M.

Encyklopaedie der Therapie. Herausgegeben von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Oskar Liebreich,** unter Mitwirkung von Privatdocent Dr. Martin Mendelsohn und San.-Rath Dr. Arthur Würzburg. gr. 8. In drei Bänden. (Im Erscheinen.)

Engel, Dr. C. S., **Leitfaden zur klinischen Untersuchung des Blutes.** gr. 8. Mit 4 Textfiguren und 4 Buntdrucktafeln. 1898. 3 M. 60.

Ewald, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. C. A., **Klinik der Verdauungskrankheiten.** I. Die Lehre von der Verdauung. Dritte neu bearbeitete Auflage. gr. 8. 1890. 7 M. — II. Die Krankheiten des Magens. Dritte neu bearb. Auflage. gr. 8. Mit 34 Holzschnitten. 1893. 14 M.

— — **Handbuch der allgemeinen und speciellen Arzneiverordnungslehre.** Auf Grundlage des Arzneibuchs für das Deutsche Reich, III. Ausgabe und der fremden neuesten Pharmacopoeen bearbeitet. Dreizehnte vermehrte Auflage. gr. 8. 1898. 20 M.

Festschrift zur 100 jährigen Stiftungsfeier des medicinisch-chirurgischen Friedrich-Wilhelms-Instituts gewidmet von Lehrern und ehemaligen Studirenden der militärärztlichen Bildungsanstalten. Herausgegeben von der Medicinalabtheilung des Königl. preussischen Kriegsministeriums. December 1895. Lex.-8. Mit 10 lithogr. Tafeln. 1895. 24 M.

Finkelnburg, weil. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. K., **Ausgewählte Abhandlungen aus den Gebieten der Hygiene und Psychiatrie.** gr. 8. Mit 2 Karten im Text und dem Portrait Finkelnburg's. 1898. 7 M.

Fischer, Prof. Dr. Emil, **Die Chemie der Kohlenhydrate** und ihre Bedeutung für die Physiologie. Rede, geh. zur Stiftungsfeier der militärärztlichen Bildungsanstalten. gr. 8. 1894. 1 M.

Flechsig, Geh. Rath Dr. R., **Handbuch der Balneotherapie** für practische Aerzte bearbeitet. Zweite umgearbeitete Auflage. gr. 8. 1892. 10 M.

Forselles, Dr. Arthur af in Helsingfors, **Die durch eitrige Mittelohrentzündung verursachte Lateralsinus-Thrombose** und deren operative Behandlung. gr. 8. 1893. 6 M.

Frankenhäuser, Dr. Fr., **Die Leitung der Electricität im lebenden Gewebe** auf Grund der heutigen physikalisch-chemischen Anschauungen für Mediciner dargestellt. 8. Mit 14 Fig. im Text. 1898. 1 M. 20.

v. Frankl-Hochwart, Dr. Lothar, **Die Tetanie.** Aus der medicinischen Klinik des Herrn Hofrath Prof. Nothnagel in Wien. gr. 8. 1891. 3 M.

Fraenkel, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Bernh., **Gefrierdurchschnitte zur Anatomie der Nasenhöhle.** kl. Folio. 17 Tafeln in Photogravure mit erl. Text. 1891. 25 M.

Fraenkel, Prof. Dr. C. und Prof. Dr. Rich. **Pfeiffer, Mikrophotographischer Atlas der Bakterienkunde.** Zweite Auflage. gr. 8. Mit 76 Tafeln enthaltend 156 Figuren. 1895. 60 M.

Fraentzel, Prof. Dr. O., **Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens.** Drei Theile. gr. 8. 1889—92. 16 M.

Freund, Dr. C. S., **Schemata zur Eintragung von Sensibilitätsbefunden.** Querfolio. 1892. 2 M.

Gager, Kgl. Rath Dr. C., **Bad Gastein.** Nach den neuesten Hifsquellen bearbeitet. 8. Mit 13 Illustrationen und 2 Karten. 1897. 3 M. 60.

Gattel, Dr. F., **Ueber die sexuellen Ursachen der Neurasthenie und Angstneurose.** gr. 8. 1898. 1 M. 60.

Gebühren-Ordnung für approbirte Aerzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896. 8. 1896. 20 Pf.

Gerhardt, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. C., **Zur Geschichte des Bruststiches.** Rede, gehalten zur Stiftungsfeier der militärärztlichen Bildungsanstalten. gr. 8. 1890. 1 M.

Goldberg, Dr. Ludw., **Die Funktions- und Erwerbs-Störungen nach Unfällen.** gr. 8. 1896. 3 M. 60.

Goldscheider, Prof. Dr. A., **Ueber den Schmerz** in physiologischer und klinischer Hinsicht. gr. 8. 1894. 1 M. 60.

Greeff, Prof. Dr. R., **Anleitung zur mikroskopischen Untersuchung des Auges.** 8. Mit 5 Figuren im Text. 1898. Gebunden. 2 M. 40.

Griesinger's Wilh., **Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten** für Aerzte und Studirende. Fünfte Auflage, gänzlich umgearbeitet und erweitert von Dr. Willibald Levinstein-Schlegel. gr. 8. Mit 4 Abbildungen und 1 Figurentafel. 1892. 20 M.

Grossmann, Dr. Fritz, **Ueber die Lymphdrüsen und -Bahnen der Achselhöhle.** Gekrönte Preisschrift. gr. 8. 1896. 1 M. 50.

Grube, Dr. Karl, **Allgemeine und specielle Balneotherapie** mit Berücksichtigung der Klimatotherapie. gr. 8. 1897. 7 M.

Gurlt, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. E., **Geschichte der Chirurgie und ihrer Ausübung.** Volkschirurgie. Alterthum. Mittelalter. Renaissance. gr. 8. Drei Bände. Mit 28 Tafeln enthalt. Abbildungen von Instrumenten und Apparaten, 6 Bildnissen und 19 anderen Abbildungen. 1898. 96 M.

Guttmann, Dr. Paul, ärztl. Director des städt. Krankenhauses Moabit und Privatdocent, **Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden** für die Brust- und Unterleibsorgane mit Einschluss der Laryngoskopie. Achte vielfach verbesserte und vermehrte Auflage. gr. 8. 1892. 10 M.

Guyon, Prof. Dr. F., **Klinik der Krankheiten der Harnblase und der Prostata.** Nach Vorlesungen im Hôpital Necker bearbeitet von Dr. M. Mendelsohn. gr. 8. 1893. 9 M.

Haga, Stabsarzt Dr. (Tokio), **Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem japanisch-chinesischen Kriege 1894–95.** (Sonderabdruck d. Archiv f. klin. Chirurgie. 55. Bd.). gr. 8. Mit 4 Tafeln. 1897. 4 M.

Hagemeyer, Inspector A., **Das neue Krankenhaus der Stadt Berlin am Urban,** seine Einrichtung und Verwaltung. gr. 8. Mit 1 Situationsplan und 55 Text-Abbildungen. 1894. 6 M.

Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege herausgegeben von Dr. Georg Liebe, Dr. Paul Jacobsohn, Dr. George Meyer. gr. 8. Zwei Bände. (Im Erscheinen.)

Hansemann, Dr. David, Priv.-Doc. und Prosector etc., **Die mikroskopische Diagnose der bösartigen Geschwülste.** gr. 8. Mit 83 Figuren im Text. 1897. 7 M.

— — **Studien über die Specificität, den Altruismus und die Anaplasie der Zellen** mit besonderer Berücksichtigung der Geschwülste. gr. 8. Mit 13 Tafeln und 2 Fig. im Text. 1893. 8 M.

Harnack, Prof. Dr. Erich, **Die Bibel und die alkoholischen Getränke.** 4. 1894. (Aus der Festschr. zur 200jähr. Jubelfeier der Universität Halle.) 1 M.

Hassler, Rud., **Arbeitsunterricht der freiwilligen Krankenträger-Abtheilung.** 8. Mit 136 Text-Abbildungen. 1894. 1 M. 80.

Head, Henry, M. A. M. D., **Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen.** Deutsch herausgegeben von Dr. Wilh. Seiffer. Mit Vorwort von Geh.-Rath Dr. Hitzig. gr. 8. Mit 124 Holzschn. und 7 Taf. 1898. 9 M.

Henoch, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Ed., **Vorlesungen über Kinderkrankheiten.** Ein Handbuch für Aerzte und Studirende. Neunte Auflage. gr. 8. 1897. 17 M.

Hermann, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. L., **Lehrbuch der Physiologie.** Elfte umgearbeitete und verbesserte Auflage. gr. 8. Mit 166 in den Text eingedr. Holzschnitten. 1896. 14 M.

Hertwig, Prof. Dr. O., **Aeltere und neuere Entwicklungstheorieen.** Rede gehalten zur Stiftungsfeier der militärärztlichen Bildungsanstalten. gr. 8. 1892. 1 M.

Heubner, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Otto, **Säuglingsernährung und Säuglingsspitäler,** gr. 8. Mit 19 Curven und 1 Skizze 1897. 1 M. 60.

— — **Ueber chronische Nephritis und Albuminurie im Kindesalter.** gr. 8. 1897. 2 M.

— — **Ueber Gedeihen und Schwinden im Säuglings-Alter.** Festrede, gehalten zur Stiftungsfeier der Kaiser-Wilhelms-Akademie. gr. 8. 1898. 1 M.

Hiller, Dr. A., **Die Wirkungsweise der Seebäder.** Ein Wegweiser für Aerzte und Gebildete. Zweite Auflage. gr. 8. Mit einer Uebersichtskarte. 1890. 1 M. 60.

v. Hippel, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. A., **Ueber angeborene Farbenblindheit.** 4. Mit 1 Buntdrucktafel. 1894. (Aus der Festschrift zur 200jährigen Jubelfeier der Universität Halle.) 2 M.

Hitzig, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Ed., **Ueber traumatische Tabes** und die Pathogenese der Tabes im Allgemeinen. 4. 1894. (Aus der Festschrift zur 200jährigen Jubelfeier der Universität Halle.) 3 M.

Hoppe-Seyler, Prof Dr. Felix, **Handbuch der physiologisch- und pathologisch-chemischen Analyse,** für Aerzte und Studirende. Sechste Auflage neu bearb. von Prof. Dr. F. Hoppe-Seyler und Dr. H. Thierfelder. gr. 8. Mit 16 Fig. 1893. 14 M.

Hueppe, Prof. Dr. Ferd., **Handbuch der Hygiene.** gr. 8. Mit 210 Abbild. 1899. 13 M.

Jaehn, Dr. Herm., **Vorlesungen über den Bau und die Function des menschlichen Kehlkopfes** für Sänger und Sängerinnen. 8. Mit 4 Abbildungen. 1895. 1 M.

Jessner, Dr. S., **Haut-Anomalien bei inneren Krankheiten.** Klinische Vorträge für Aerzte und Studirende. gr. 8. 1893. 3 M.

Jolly, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. F., **Ueber Irrthum und Irrsein.** Rede, gehalten zur Stiftungsfeier der militärärztl. Bildungsanstalten. gr. 8. 1893. 80 Pf.

Israel, Prof. Dr. O., **Practicum der pathologischen Histologie.** Leitfaden für Studirende und Aerzte. Zweite vermehrte Auflage. gr. 8. Mit 158 Abbildungen im Texte und 7 Tafeln. 1893. 15 M.

— — **Elemente der pathologisch-anatomischen Diagnose.** Anleitung zur rationellen anatomischen Analyse. 8. Mit 13 Figuren im Text. 1898. 3 M.

Juvara, Dr. E., **Leitfaden für die chirurgische Anatomie.** gr. 8. Mit 183 Abbildungen. 1899. 8 M.

Katz, Priv.-Doc. Dr. L., **Stereoskopischer Atlas des menschlichen Ohres** nach durchsichtigen macroscopischen Präparaten. 10 stereoscopische Photographieen in Mappe. 1895. 20 M.

Kaufmann, Dr. Paul, **Die Quarantäne-Station El-Tor.** Beobachtungen während eines 35 tägigen Aufenthalts daselbst. gr. 8. Mit 6 Abbildungen im Text und 9 Tafeln. 1892. 5 M.

Kellgren, Dr. Arvid, **Zur Technik der schwedischen mannellen Behandlung.** (Schwed. Heilgymnastik.) gr. 8. Mit 79 Abbild. 1895. 6 M.

Kirchhoff, Dr. Theod., **Grundriss einer Geschichte der deutschen Irrenpflege.** gr. 8. 1890. 5 M.

Klemperer, Prof. Dr. G., **Grundriss der klinischen Diagnostik.** Achte verbesserte und verm. Auflage. 8. Mit 64 Abbild. 1899. Gebd. 4 M.

Koenig, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Fr., **Lehrbuch der speciellen Chirurgie.** Für Aerzte und Studirende. gr. 8. Siebente Aufl. In 3 Bänden. 1898/99.

— — **Die specielle Tuberculose der Knochen und Gelenke** auf Grund von Beobachtungen der Göttinger Klinik. I. **Das Kniegelenk.** (Der statistische Theil ist bearbeitet von Dr. F. Mertens und Dr. W. Koenig.) gr. 8. Mit 42 Holzschnitten 1896. 5 M.

Kolster, Docent Dr. Rud., **Studien über das centrale Nervensystem.** I. **Ueber das Rückenmark einiger Teleostier.** Aus dem pathol. Institut in Helsingfors. 4. Mit 10 Tafeln. 1898. 10 M.

Kranken- und Geschäfts-Journal für practische Aerzte. Fol. cart. 4 M.

Das Kranken-Journal enthält: 1. 36 Blätter mit den Monatstagen und Rubriken für des Kranken Namen, Alter, Wohnung etc., Nomen morbi, Anamnese und Status, für therapeutische Bemerkungen und für empfangenes Honorar; 2. Tabellen der behandelten Krankheiten zur Feststellung des genius epidemicus; 3. eine Rubrik zur Uebersicht der Einnahmen; 4. die Columnen für die Hausarztstellen: fixirtes Honorar, empfangenes Honorar; 5. Gebühren-Ordnung; 6. ein alphabetisches Register (für jeden Buchstaben ein Blatt), zugleich zur Uebersicht des noch ausstehenden Honorars.

Kraus, Dr. J., **Beiträge zur Pathologie und Therapie der Gallensteinkrankheit.** Zweite Auflage. gr. 8. 1895. 2 M.

Krause, Prof. Dr. Herm., **Die Erkrankungen der Singstimme,** ihre Ursachen und Behandlung. 8. 1898. 1 M.

Kubassow, Dr. P., **Ueber die Pilze des Paludismus.** Bakteriologische und klinische Untersuchungen. gr. 8. Mit 5 Fig. 1898. 1 M.

Kundt, Prof. Dr. A., **Die neuere Entwickelung der Elektricitätslehre.** Rede, gehalten zur Stiftungsfeier der militärärztlichen Bildungsanstalten. gr. 8. 1891. 80 Pf.

Kutner, Dr. Rob., **Technik und praktische Bedeutung der Asepsis bei der Behandlung der Harnleiden.** gr. 8. Mit 8 Abbildungen im Text. 1897. 1 M.

— — **Die instrumentelle Behandlung der Harnleiden** mit besonderer Berücksichtigung der Technik des **Katheterismus.** Für praktische Aerzte bearbeitet. gr. 8. Mit 61 Abbildungen. 1898. 8 M.

Landau, Prof. Dr. Leop. und Dr. Th. **Landau, Die vaginale Radicaloperation.** Technik und Geschichte. gr. 8. Mit 55 Abbild. 1896. 6 M.

Leo, Prof. Dr. H., **Diagnostik der Krankheiten der Bauchorgane.** Zweite vermehrte Aufl. gr. 8. Mit 45 Abbildungen. 1895. 11 M.

Lesser, Prof. Dr. E., **Geschlechtskrankheiten und Volksgesundheit.** (Sonderabdruck aus der Berl. klin. Wochenschrift). 8. 1897. 40 Pf.

Levison, Dr. F., **Die Harnsäurediathese.** gr. 8. 1893. 3 M.

Levy, Dr. Max, **Die Durchleuchtung des menschlichen Körpers** mittelst **Röntgen-Strahlen** zu medicinisch-diagnostischen Zwecken. 8. 1896. 40 Pf.

Levy, Prof. Dr. E. und Priv.-Doc. Dr. F. **Klemperer, Grundriss der klinischen Bakteriologie** für Aerzte und Studirende. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. 8. 1898. 10 M.

Lewin, Prof. Dr. Georg und Dr. Julius **Heller, Die Sclerodermie.** Eine monographische Studie. gr. 8. Mit 2 Tafeln. 1895. 7 M.

Lewin, Prof. Dr. L., **Die Nebenwirkungen der Arzneimittel.** Pharmakologisch-klinisches Handbuch. Dritte neu bearb. Aufl. gr. 8. 1899. 16 M.

Leyden, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. E., **Die neuesten Untersuchungen über die pathologische Anatomie und Physiologie der Tabes dorsalis.** Zwei Vorträge. gr. 8. Mit Holzschnitten. 1894. (Sonder-Abdruck aus der Zeitschrift f. klin. Medicin. 25. Band.) 1 M.

Leyden, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. E., **Ueber den gegenwärtigen Stand der Behandlung Tuberculöser und die staatliche Fürsorge für dieselben.** gr. 8. Zweite durchgesehene Auflage. 1898. 80 Pf.

Liebreich, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Oscar, **Phaneroskopie und Glasdruck** für die Diagnose des Lupus vulgaris. gr. 8. Mit 3 lithograph. Bunttafeln. 1894. 4 M.

— — siehe: **Encyklopädie der Therapie.**

v. Linstow, Ober-Stabsarzt Dr. Otto, **Die Gifttiere und ihre Wirkung auf den Menschen.** Ein Handbuch für Mediciner. 8. Mit 54 Holzschnitten. 1894. 4 M.

Loewy, Priv.-Doc. Dr. A., **Untersuchungen über die Respiration und Circulation** bei Aenderung des Druckes und des Sauerstoffgehaltes der Luft. gr. 8. Mit 5 Curventafeln im Text. 1895. 4 M.

Lühe, Generalarzt a. D. Dr. L., **Vorlesungen über Kriegschirurgie.** gr. 8. 1897. 6 M.

Mannheim, Dr. P., **Der Morbus Gravesii** (sogenannter Morbus Basedowii). Gekrönte Preisschrift. gr. 8. Mit 2 Tafeln. 1894. 4 M.

Mendelsohn, Priv.-Docent Dr. Martin, **Der Comfort des Kranken.** Zweite Auflage. 8. 1892. 1 M. 60.

— — **Der Einfluss des Radfahrens** auf den menschlichen Organismus. gr. 8. Mit 11 Fig. im Text. 1896. 1 M. 60.

v. Mettenheimer, Dr. C., **Viaticum.** Erfahrungen und Rathschläge eines alten Arztes seinem Sohn beim Eintritt in die Praxis mitgegeben. Nach dem Tode des Verf. herausgegeben. 8. 1899. 1 M. 60.

Mikulicz, Prof. Dr. J. und Privatdocent Dr. P. **Michelson, Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle.** 4. 44 colorirte Tafeln mit erl. Text. 1892. 80 M.

Mittheilungen und Verhandlungen der internationalen wissenschaftlichen Lepra-Conferenz zu Berlin im Oktober 1897. gr. 8. In drei Bänden. Mit Abbildungen im Text. 1897. Bd. I, 16 M. Bd. II, 6 M. Bd. III, 16 M.

Müller, Dr. Georg, **Die schlechte Haltung der Kinder** und ihre Verhütung. gr. 8. Mit 21 Original-Abbildungen. 1893. 1 M. 60.

Munk, Prof. Dr. H., **Ueber Functionen der Grosshirnrinde.** Gesammelte Mittheilungen. Mit Anmerkungen. Zweite vermehrte Auflage. gr. 8. Mit Holzschnitten und 1 lithogr. Tafel. 1890. 6 M.

Munk, Prof. Dr. J., **Physiologie des Menschen und der Säugethiere.** Lehrbuch für Studirende und Aerzte. Vierte Auflage. gr. 8. Mit 120 Holzschn. 1897. 14 M.

v. Noorden, Prof. Dr. C., **Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels** für Aerzte und Studirende. gr. 8. 1893. 13 M.

v. Noorden, Prof. Dr. C., **Die Zuckerkrankheit** und ihre Behandlung. gr. 8. Zweite vermehrte und umgearbeitete Auflage. 1898. 6 M.

— — **Beiträge zur Lehre vom Stoffwechsel** des gesunden und kranken Menschen. Heft I. gr. 8. 1892. 4 M. — Heft II. gr. 8. 1894. 4 M. — Heft III. gr. 8. 1895. 4 M.

— — **Grundriss einer Methodik der Stoffwechsel-Untersuchungen.** gr. 8. 1892. 1 M. 20.

Nothnagel, Prof. Dr. Herm. und Prof. Dr. **Rossbach, Handbuch der Arzneimittellehre.** Siebente Auflage. gr. 8. 1894. 18 M.

Nuttall, Dr. G. H. F., **Hygienische Maassregeln bei Infectionskrankheiten.** Ursache und Verbreitungsart der einzelnen Infectionskrankheiten, sowie die daraus sich ergebenden Vorsichtsmaassregeln. Deutsch von Dr. O. Cahnheim. gr. 8. 1893. 1 M. 60.

Olshausen, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. R., **Ueber Marion Sims** und seine Verdienste um die Chirurgie. Rede gehalten zur Stiftungsfeier der Kaiser Wilhelms-Akademie am 2. December 1896. gr. 8. 1897. 80 Pf.

Oppenheim, Pr.-Docent Dr. Herm., **Die traumatischen Neurosen** nach den in der Nervenklinik der Charité in den letzten 8 Jahren gesammelten Beobachtungen bearbeitet. gr. 8. Zweite verbesserte und erweiterte Auflage. 1892. 6 M.

Orth, Prof. Dr. Joh., **Pathologisch-anatomische Diagnostik,** nebst Anleitung zur Ausführung von Obductionen, sowie von pathologisch-histologischen Untersuchungen. Fünfte neu bearbeitete Auflage. gr. 8. Mit 410 Abbildungen. 1894. 16 M.

— — **Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie.** Erster Band. gr. 8. Mit 223 Holzschn. 1897. 26 M. — Zweiter Band und Ergänzungsband. (Im Erscheinen.)

— — **Arbeiten aus dem pathologischen Institut** in Göttingen. Herrn Professor Rud. Virchow zum 50jährigen Doctor-Jubiläum gewidmet. gr. 8. Mit 10 Holzschnitten und 3 lithogr. Tafeln. 1893. 8 M.

Pagel, Priv.-Doc. Dr. Jul. Leop., **Die Chirurgie des Heinrich von Mondeville** (Hermondaville). Nach Berliner, Erfurter und Pariser Codices zum ersten Male herausgegeben, nebst einer Abhandlung über Synonyma und einem Glossar von M. Steinschneider. gr. 8. 1892. 20 M.

— — **Die angebliche Chirurgie des Johannes Mesuë jun.** Nach einer Handschrift der Pariser Nationalbibliothek zum ersten Male herausgegeben, nebst einem Nachtrag zur Chirurgie des H. von Mondeville. gr. 8. 1893. 4 M.

Passow, Prof. Stabsarzt Dr., **Eine neue Transplantations-Methode für die Radicaloperation bei chronischen Eiterungen des Mittelohres.** 8. Mit 1 lithogr. Tafel. 1895. 1 M.

Pfeiffer, Prof. Dr. R., **Beiträge zur Protozoen-Forschung.** I. Heft. Die Coccidien-Krankheit der Kaninchen. gr. 8. Mit 12 mikrophotographischen Tafeln. 1892. 10 M.

Plehn, Dr. Albert, Kaiserl. Regierungsarzt, **Beiträge zur Kenntniss von Verlauf und Behandlung der tropischen Malaria in Kamerun.** gr. 8. 1896. 1 M. 60.

Plehn, Dr. Friedr., Kaiserl. Regierungsarzt, **Aetiologische und klinische Malaria-Studien.** gr. 8. Mit 2 lithogr. Tafeln. 1890. 2 M. 40.

— — **Die Kamerun-Küste.** Studien zur Klimatologie, Physiologie und Pathologie in den Tropen. gr. 8. Mit 47 Abb. im Text und 1 Karte. 1898. 10 M.

Poehl, Prof. Dr. A., **Die physiologisch-chemischen Grundlagen der Spermin-Theorie** nebst klinischem Material zur therapeutischen Verwendung des Sperminum-Poehl. Aus dem Russischen. gr. 8. Mit Textfig. St. Petersburg. 1898. 5 M.

Polotebnoff, Prof. Dr. A., **Einleitung in den Cursus der Dermatologie.** gr. 8. 1896. 1 M. 20.

Ponfick, Prof. Dr. E., **Ueber das Wesen der Krankheit und die Wege der Heilung.** Rectoratsrede. gr. 8. 1892. 80 Pf.

Posner, Prof. Dr. C., **Diagnostik der Harnkrankheiten.** Zehn Vorlesungen zur Einführung in die Pathologie der Harnwege. Zweite verbesserte Auflage. 8. Mit 44 Abbild. und einem symptomatolog. Anhang. 1896. 4 M.

— — **Therapie der Harnkrankheiten.** Zehn Vorlesungen für Aerzte und Studirende. Zweite verbesserte Auflage. 8. Mit 15 Abbild. 1898. 4 M.

Puhlmann, Ober-Stabsarzt Dr. O., **Die chemisch-mikroskopische Untersuchung des Harns** auf seine wichtigsten krankhaften Veränderungen. Für praktische Aerzte und Militärlazarethe. Vierte Auflage, neu bearbeitet von Stabsarzt Dr. J. Borntraeger. 8. 1890. 1 M.

Rabe, Dr. Alex., **Die modernen Fiebertheorien.** Gekrönte Preisschrift. gr. 8. 1894. 2 M.

v. Recklinghausen, Prof. Dr. Friedr., **Die Adenomyome und Cystadenome** der Uterus- und Tubenwandung, ihre Abkunft von Resten des Wolff'schen Körpers. Im Anhang: Klinische Notizen zu den voluminösen Adenomyomen des Uterus von Prof. **A. W. Freund.** gr. 8. Mit 12 Tafeln und 2 Holzschnitten. 1896. 9 M.

Renk, Prof. Dr. Friedr., **Die neue Beleuchtung** der Universitäts-Auditorien in Halle a./S. 4. 1894. (Aus der Festschrift zur 200jährigen Jubelfeier der Universität Halle.) 1 M.

Rheinstaedter, San.-Rath Dr. A., **Praktische Grundzüge der Gynäkologie.** Handbuch der Frauenkrankheiten für praktische Aerzte. Zweite Auflage. gr. 8. Mit 56 Fig. 1892. 10 M.

Richter, Privatdocent Dr. Ed., **Grundriss der normalen menschlichen Anatomie** mit Berücksichtigung der **neuen anatomischen Nomenclatur.** gr. 8. Mit 114 Holzschnitten. 1896. 13 M.

Riedel, Prof. Dr. B., **Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit** mit und ohne Icterus. 8. 1892. 5 M.

Rosenbaum, Dr. Em., **Warum müssen wir schlafen?** Eine neue Theorie des Schlafes. 8. Mit 1 Tabelle. 1892. 1 M. 60.

Rosenstein, Prof. Dr. S., **Die Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten.** Klinisch bearbeitet. Vierte verbesserte Auflage. gr. 8. Mit 13 Holzschnitten und 7 colorirten Tafeln. 1894. 20 M.

Rosenthal, Dr. Carl, **Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes.** Ein kurzgefasstes Lehrbuch für Aerzte und Studirende. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. gr. 8. Mit 41 Fig. im Text. 1897. 6 M.

— — **Die Erkrankungen des Kehlkopfes.** Ein kurzgefasstes Lehrbuch für Aerzte und Studirende. gr. 8. M. 68 Fig. im Text. 1893. 8 M.

Rossbach, Prof. Dr. M. J., **Lehrbuch der physikalischen Heilmethoden** für Aerzte und Studirende. Zweite vermehrte Auflage. gr. 8. Mit 89 Holzschnitten. 1892. 16 M.

Roth, Stabsarzt Dr. A., **Die Doppelbilder bei Augenmuskellähmungen** in symmetrischer Anordnung. 1 lithogr. Tafel. 1893. 1 M.

Rubner, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. M., **Ueber Volksgesundheitspflege und medizinlose Heilkunde.** Rede geh. zur Stiftungsfeier der Kaiser-Wilhelms-Akademie. 8. 1899. 1 M.

Sacharjin, Prof. Dr. G. A., **Klinische Abhandlungen.** gr. 8. 1890. 2 M. 40.

— — **Klinische Vorträge.** I. Heft. gr. 8. 1892. 3 M.

Salkowski, Prof. Dr. E., **Practicum der physiologischen und pathologischen Chemie,** nebst einer Anleitung zur anorganischen Analyse für Mediciner. 8. Mit 10 Abbildungen im Text und 1 Spectraltafel in Buntdruck. 1893. Gebunden. 8 M.

Salzwedel, Ober-Stabsarzt Dr., **Leitfaden der Krankenwartung.** Zum Gebrauch für die Krankenwartschule des Königl. Charité-Krankenhauses sowie zum Selbstunterricht. Siebente Auflage. 8. 1896. 3 M.

Sarwey, Privatdocent Dr. Otto, **Die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge.** Auf Grund von 60 Fällen der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Tübingen. gr. 8. Mit 7 Abbildungen und 3 Tafeln. 1896. 6 M.

Schaeffer, Privatdocent Dr. Oscar, **Experimentelle Untersuchungen über die Wehenthätigkeit des menschlichen Uterus,** ausgeführt mittelst einer neuen Pelotte und eines neuen Kymographion. gr. 8. Mit Wehencurven und Abbildungen der Instrumente. 1896. 2 M.

Schatz, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Fr., **Die Acardii und ihre Verwandten.** Gratulationsschrift. gr. 8. 1898. 2 M.

Schaumann, Dr. Ossian, **Zur Kenntniss der sogenannten Bothriocephalus-Anaemie.** gr. 8. Mit 2 Taf. in Farbendruck. 1894. 8 M.

Schimmelbusch, Dr. C., **Anleitung zur aseptischen Wundbehandlung.** Mit einem Vorwort des Herrn Geh. Rath Prof. Dr. E. von Bergmann. 8. Zweite Auflage. Mit 36 Fig. im Text. 1893. 4 M.

Schweigger, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. C., **Seh-Proben.** Dritte verbesserte Auflage. gr. 8. 1895. 4 M.

— — **Handbuch der Augenheilkunde.** Sechste verbesserte Auflage. gr. 8. Mit 30 Holzschnitten. 1893. 12 M.

Seegen, Prof. Dr. J., **Der Diabetes mellitus** auf Grundlage zahlreicher Beobachtungen. Dritte umgearbeitete und verm. Auflage. gr. 8. 1893. 11 M.

Siemerling, Prof. Dr. E., **Ueber die chronische progressive Lähmung der Augenmuskeln.** Unter Benutzung der von C. Westphal hinterlassenen Untersuchungen bearbeitet. gr. 8. Mit 12 lithogr. Tafeln. 1891. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 22. Bd. Suppl.) 16 M.

— — **Casuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie.** gr. 8. 1897. (Sonderabdruck aus der Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medicin.) 4 M.

Sommerfeld, Dr. P., **Die Methoden der Milchuntersuchung** für Aerzte, Chemiker und Hygieniker. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. A. Baginsky. gr. 8. 1896. 1 M. 20.

Ssikorski, Prof. Dr. J. A., **Ueber das Stottern.** Ins Deutsche übertragen unter der Redaction von Dr. V. Hinze. gr. 8. 1891. 8 M.

v. Székely, Dr. Aug., **Die Behandlung der tuberculösen Lungenschwindsucht.** gr. 8. 1894. 2 M. 80.

Trautmann, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. F., **Chirurgische Anatomie des Schläfenbeins** insbesondere für Radicaloperation. 4. Mit 2 Tafeln und 72 Stereoscopen. 1898. 60 M.

Treitel, Dr. Leop., **Grundriss der Sprachstörungen,** deren Ursache, Verlauf und Behandlung. gr. 8. 1894. 2 M.

Unna, Dr. P. G., **Die Histopathologie der Hautkrankheiten.** gr. 8. Mit 1 chromolithogr. Tafel. 1894. (Orth's Lehrbuch, Ergänzungsband II.) 28 M.

Verhandlungen des X. internationalen medicinischen Congresses Berlin, 4.—9. August 1890. Herausgegeben von dem Redactions-Comité. 5 Bände mit Generalregister. gr. 8. 1891—1892. 62 M.

Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Siebenundzwanzigster Congress, abgehalten zu Berlin, 27.—30. Mai 1896. gr. 8. Mit 4 Tafeln, Holzschnitten und Autotypien. 1896. 22 M.

Veröffentlichungen der Hufeland'schen Gesellschaft. Vom Vorstande der Gesellschaft herausgegeben von H. Brock, O. Liebreich, E. Mendel. Vorträge gehalten im Jahre 1897. gr. 8. 1898. 3 M.

Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Herausgegeben von der Medicinal-Abtheilung des Königl. preussischen Kriegsministeriums.

1. Heft. Historische Untersuchungen über das Einheilen und Wandern von Gewehrkugeln von Stabsarzt Dr. A. Köhler. gr. 8. 1892. 80 Pf.

2. Heft. Ueber die kriegschirurgische Bedeutung der neuen Geschosse von Geh. Ober Med.-Rath Prof. Dr. v. Bardeleben. gr. 8. 1892. 60 Pf.

3. Heft. Ueber Feldflaschen und Kochgeschirre aus Aluminium bearbeitet von Stabsarzt Dr. Plagge und Chemiker G. Lebbin. gr. 8. 1893. 2 M. 40.

4. Heft. Epidemische Erkrankungen an acutem Exanthem mit typhösem Charakter in der Garnison Cosel vom Oberstabsarzt Dr. Schulte. gr. 8. 1893. 80 Pf.

5. Heft. Die Methoden der Fleischconservirung von Stabsarzt Dr. Plagge und Dr. Trapp. gr. 8. 1893. 3 M.

6. Heft. Ueber Verbrennung des Mundes, Schlundes, der Speiseröhre und des Magens. Behandlung der Verbrennung und ihrer Folgezustände von Stabsarzt Dr. Thiele. gr. 8. 1893. 1 M. 60.

7. Heft. Das Sanitätswesen auf der Weltausstellung zu Chicago bearbeitet von Generalarzt Dr. C. Grossheim. gr. 8. Mit 92 Abbildungen. 1893. 4 M. 80.

8. Heft. Die Choleraerkrankungen in der Armee 1892—1893 und die gegen die Ausbreitung und zur Verhütung der Cholera in der Armee getroffenen Maassnahmen bearbeitet von Stabsarzt Dr. Schumburg. gr. 8. Mit 2 Abbildungen im Text und 1 Karte. 1894. 2 M.

9. Heft. Untersuchungen über Wasserfilter von Oberstabsarzt Dr. Plagge. gr. 8. Mit 37 Abbildungen. 1895. 5 M.

10. Heft. Versuche zur Feststellung der Verwerthbarkeit Röntgen'scher Strahlen für medicinisch-chirurgische Zwecke. gr. 8. Mit 23 Abbildungen. 1896. 6 M.

11. Heft. Ueber die sogenannten Gehverbände unter besonderer Berücksichtigung ihrer etwaigen Verwendung im Kriege von Stabsarzt Dr. Coste. gr. 8. Mit 13 Abbildungen. 1897. 2 M.

12. Heft. Untersuchungen über das Soldatenbrot von Oberstabsarzt Dr. Plagge und Dr. Lebbin. gr. 8. Mit 12 Tafeln und 7 Abbildungen im Text. 1897. 12 M.

Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Herausgegeben von der Medicinal-Abtheilung des Königl. preussischen Kriegsministeriums.

13. Heft. Kriegschirurgen und Feldaerzte des 17. und 18. Jahrhunderts von Prof. Dr. Alb. Köhler, Oberstabsarzt etc. gr. 8. Mit 13 Portraits, 5 Abbildungen und 2 Plänen. 1899. 12 M.

Virchow. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Rud., **Die Sections-Technik** im Leichenhause des Charité-Krankenhauses, mit besonderer Rücksicht auf gerichtsärztliche Praxis erörtert. Im Anhange: Das preussische Regulativ für das Verfahren der Gerichtsärzte bei den gerichtlichen Untersuchungen menschlicher Leichen. Vierte Auflage. gr. 8. Mit 4 Abbildungen im Text. 1893. 3 M.

— — **Ueber den Werth des pathologischen Experiments.** Vortrag, gehalten in der 2. allgemeinen Sitzung des VII. internationalen medicinischen Congresses. London 1881. 8. Neuer Abdruck nebst einem Nachworte des Verfassers. 1898. 1 M. 20.

— — **Die neueren Fortschritte in der Wissenschaft und ihr Einfluss auf Medicin und Chirurgie.** Zweite Huxley-Lecture. 8. 1898. 80 Pf.

— — **Lernen und Forschen.** Rectorats-Rede, gehalten am 15. October 1892. gr. 8. 1892. 80 Pf.

— — **Die Gründung der Berliner Universität und der Uebergang aus dem philosophischen in das naturwissenschaftliche Zeitalter.** Rectorats-Rede am 3. August 1893 gehalten. gr. 8. 1893. 80 Pf.

— — **Morgagni und der anatomische Gedanke.** Rede, gehalten am 30. März 1894 auf dem XI. internationalen medicinischen Congress zu Rom. gr. 8. Zweite, mit Nachträgen versehene Auflage. 1894. 60 Pf.

— — **Hundert Jahre allgemeiner Pathologie.** (Sonder-Abdruck aus der Festschrift zur 100jährigen Stiftungsfeier des med.-chirurg. Friedrich-Wilhelm-Instituts.) gr. 8. 1895. 1 M.

Vossius, Prof. Dr. A., **Leitfaden zum Gebrauch des Augenspiegels** für Studirende und Aerzte. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. gr. 8. Mit 63 Holzschnitten. 1893. 3 M. 60.

Waldeyer, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. W., **Ueber Aufgaben und Stellung unserer Universitäten** seit der Neugründung des Deutschen Reiches. Rectoratsrede. 8. 1898. 80 Pf.

Werigo, Dr. Br., **Effekte der Nervenreizung** durch intermittirende Kettenströme. Ein Beitrag zur Theorie des Electrotonus und der Nervenendigung. gr. 8. Mit 9 Tafeln und 20 Holzschnitten. 1891. 9 M.

Wernich, Med.-Rath Dr. A., **Zusammenstellung der gültigen Medicinalgesetze Preussens.** Mit besonderer Rücksicht auf die Reichsgesetzgebung bearbeitet. Dritte vervollständigte Auflage. 12. 1894. 8 M.

Westphal's C., **Gesammelte Abhandlungen.** Herausgegeben von Dr. A. Westphal. Zwei Bände. gr. 8. (I. Band. Psychiatrische Abhandlungen. — Reden und Berichte. Mit 7 lithogr. Tafeln und dem Portrait Westphal's. — II. Band. Neuropathologische Abhandlungen. Mit 29 lithographischen Tafeln.) 1892. 32 M.

Weyl, Dr. Th., **Lehrbuch der organischen Chemie für Mediciner.** gr. 8. Mit 11 Holzschnitten. 1891. 13 M.

— — **Strassenhygiene in europäischen Städten.** Sammelbericht des internationalen Komités bearbeitet von Dr. E. M. Hoff, Stadtarzt in Kopenhagen, P. Lauriol, Ingénieur du Service Municipal de Paris, Putzeys, Professeur d'hygiène à Liège, H. A. Röchling, Civil-Ingenieur in Leicester, Dr. Schmidt, Director des Gesundheitsamtes in Bern, Dr. Th. Weyl in Berlin, herausgegeben von Dr. Th. Weyl. gr. 8. 1898. 2 M. 40.

Wolff, Prof. Dr. Julius, **Das Gesetz der Transformation der Knochen.** Folio. Mit 12 Lichtdrucktafeln. 1892. Gebunden 36 M.

Wölfler, Prof. Dr. A., **Die chirurgische Behandlung des Kropfes.** gr. 8. 1887. 2 M. 40. — II. Theil. gr. 8. Mit 4 Tafeln und Holzschnitten. 1890. 8 M. — III. Theil. Die Behandlungsmethoden des Kropfes, mit besonderer Berücksichtigung der von Hofrath Billroth 1878 bis 1884 an der Wiener Klinik und vom Verf. von 1886—90 an der Grazer Klinik behandelten Fälle. gr. 8. Mit 2 Taf. und Holzschn. 1891. 9 M.

Wolkow, Dr. M. M. und Dr. S. N. **Delitzin,** Privatdocenten in St. Petersburg, **Die Wanderniere.** Ein Beitrag zur Pathologie des intraabdominalen Gleichgewichtes. Experimentell-anatomische Studien. Lex.-8. Mit Abbildungen im Text und 35 Tafeln. 1899. 14 M.

Wulff. Dr. Otto **Die Blasen-Scheiden-Fisteln** sowie die Incontinentia urinae und ihre Behandlung. Nach langjährigen Beobachtungen. gr. 8. Mit 2 Figuren. 1896. 1 M. 40.

Zweifel. Prof. Dr. Paul, **Vorlesungen über klinische Gynäkologie.** gr. 8. Mit 14 lithogr. Tafeln und 61 Fig. im Text. 1892. 18 M.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, Mai. 1899. No. 5.

I. Referate.

a. Allgemeines, Parotis, Instrumente etc.

1) **R. Mackenzie Johnston** (Edinburgh). **Der Nutzen des Studiums der Hals- und Nasenkrankheiten. (The advantage of studying diseases of the ear and throat.)** *Scottish Med. and Surg. Journ. October 1898.*

Verf. weist den Studirenden nachdrücklich auf die Nothwendigkeit hin, sich die Kenntniss dieser speciellen Zweige der Medicin und Chirurgie anzueignen.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

2) **L. Rénon** und **R. Follet. Doppelseitige Parotitis nach einer Einpinselung von Jodtinctur auf die Haut. (Parotidite double survenue à la suite d'une application cutanée de teinture d'iode.)** *Société méd. des Hôpitaux. 3. Juni 1898.*

51jährige Patientin erkrankte am 2. Tage nach einer Jodeinpinselung der Brust mit Röthung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der linken Parotis. Die rechte Ohrspeicheldrüse entzündete sich in derselben Weise am dritten Tage.

Es handelte sich wahrscheinlich um eine Jodparotitis, obgleich weder im Speichel noch im Urin Jod nachweisbar war. Fälle von Parotitis nach Gebrauch von Jodkali sind nicht selten, wohl aber solche durch Jodtinctur. Die Verff. kennen ausser ihrem Fall nur einen von Guelliot mitgetheilten, in dem die Parotitis nach einer Einspritzung von Jodtinctur in eine Hydrocele sich entwickelte.

PAUL RAUGÉ.

3) **Goldschmidt. Fall von Parotitis epidemica mit tödtlichem Ausgang.** *Münch. med. Wochenschr. No. 34. 1898.*

Ein 39jähriger Pat. bekam einige Tage nach Ausbruch einer Parotitis sehr hohes Fieber mit Schweiss und furibundem Delirium, denen er erlag. Bei der Section fand sich in der Parotis ein kirschkerngrosser Abscess, der die Ursache der Septicämie gewesen war.

SCHECH.



4) **R. Meslay. Tuberculose der Parotis. (Tuberculose de la parotide.)** *Bull. Soc. Anatom. Paris. p. 710. December 1898.*

61jähriger Mann, 1870 in der linken Schläfengegend verwundet. Seit drei Monaten ist in der linken Parotisgegend eine leichte Schwellung bemerkbar, die, ohne Schmerzen zu verursachen, allmälig zugenommen hat. Der Tumor, der jetzt 4 : 5 cm misst, ist über den tiefen Geweben verschiebbar.

Die Geschwulst wird mit der Parotis exstirpirt. Die Enucleation ist schwierig wegen der Rücksicht auf den Facialis. Derselbe wird übrigens unglücklicher Weise zerrissen oder zerschnitten, so dass der Patient, dessen Operationswunde sehr schnell heilt, eine Facialislähmung davon trägt. Die allgemeine Gesundheit bleibt ungestört.

Die Untersuchung des hühnereigrossen Tumors zeigt auf dem Schnitt weissliche, erweichte, käsige Herde, in denen sich Koch'sche Bacillen nachweisen lassen. Die Geschwulst ist also tuberculösen Ursprungs.

A. CARTAZ.

5) **Pachon** und **Moulinier** (Bordeaux). **Die Wirkung des Cocains auf das Herz. (Action de la cocaine sur le coeur.)** *Société de Biologie. 21. Mai 1898.*

Die aufgenommenen Curven erweisen:

1. Eine Steigerung des Herztonus.

2. Eine periodische Arythmie, die sich in ganz regelmässigen Phasen abspielt. Die systolischen Contractionen erfolgen in Gruppen von 4, 3 oder 2 Systolen. Nach einer Periode rhythmischer Contractionen folgt eine Verlangsamung des Schlages, die sich bis zum Stillstand des Herzens in Ventrikelsystole steigert.

PAUL RAUGÉ.

6) **Fink** (Hamburg). **Orthoform in der Rhino-Laryngologie.** *Die ärztl. Praxis. 20. 1898.*

Orthoform kann das Cocain in der Rhinologie überall da ersetzen, wo an ulcerirten Stellen schmerzhafte Eingriffe vorzunehmen sind, z. B. bei Caries des Siebbeins, die ausgekratzt werden soll. Die betr. Stellen werden vom Sekret gereinigt, Orthoform applicirt und nach 15—20 Minuten der Eingriff vorgenommen. Bei einem tuberculösen Zungengeschwür wurde durch Aufstreuen von Orthoform Nachlass der Schmerzen auf längere Zeit erzielt. Bei ulcerirter Kehlkopftuberculose wird nach wenigen Minuten eine vollkommene Anästhesie erreicht, die 12—15 Minuten anhält.

SEIFERT.

7) **Zarniko. Miscellanea rhinologica.** *Mon. f. Ohr. No. 5. 1898.*

Z. polemisirt gegen den Referenten, weil derselbe das Auskochen der Instrumente nicht für absolut nöthig hält und sich mit der Desinfection derselben in 5proc. Carbolsäure nach gründlicher vorheriger mechanischer Reinigung begnügt. Auch die Kehlkopfspiegel und Galvanokauteren werden von Z. ausgekocht.

SCHECH.

8) **Schech. Antwort auf die Miscellanea rhinologica.** *Mon. f. Ohrenh. No. 5. 1898.*

Die antiseptische Behandlung der Instrumente hat sich dem Verf. ebenso gut bewährt, wie Zarniko die aseptische durch Auskochen; auch sind die Acten über

die Asepsis und Antisepsis noch nicht geschlossen, wie Bergmann in dem berühmten Braunschweiger Processe betonte. Autoreferat.

9) **Körner. Das Auskochen der Kehlkopfspiegel.** *Mon. f. Ohr. No. 10. 1897.*

Beste Methode der Reinigung der Spiegel ist das Auskochen derselben in 2proc. Sodalösung, das die Spiegel gut vertragen. SCHECH.

10) **Körner. Noch einmal das Auskochen der Kehlkopfspiegel.** *Mon. f. Ohr. No. 12. 1897.*

Bemerkung, dass schon Flatau und Zarniko dieses Verfahren empfohlen hatten; auch solle man jeden neugekauften Spiegel der Kochprobe unterwerfen und die nicht bestehenden Exemplare dem Händler zurückgeben. SCHECH.

11) **Hopmann. Sterilisirbarer Halsspiegel.** *Mon. f. Ohr. No. 12. 1897.*

Empfehlung seiner in No. 9 der Deutschen medic. Wochenschr. 1894 empfohlenen aseptischen aus der Fassung herausnehmbaren Halsspiegel.

SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **C. Todd. Eine Form von äusserlicher Rhinitis durch Diphtheriebacillen bei Kindern in der Reconvalescenz von Scharlach. (A form of external rhinitis due to the Klebs-Loeffler bacillus appearing in children convalescent from scarlet fever.)** *Lancet. 28. Mai 1898.*

Verf. giebt einen Auszug aus seiner Doctorarbeit (Thesis of Cambridge). Bei 365 Kindern wurde die Krankheit 51 mal beobachtet. Am häufigsten waren die Kinder von 3—4 Jahren betroffen. Die Temperatur zeigte keine Steigerung. Ausser an der Nase kamen pustulöse Ausschläge auch an anderen Körperstellen, die der Infection besonders ausgesetzt waren, vor. ADOLPH BRONNER.

13) **E. P. Collett. Coryza mit offenbarem Ursprung von den Zähnen. (Coryza apparently of dental origin.)** *N. Y. Med. Journal. 3. December 1898.*

Der Fall betrifft einen Arzt, der 3 oder 4 Wochen an hartnäckigem, hauptsächlich einseitigem Schnupfen litt. Die Untersuchung der Nase ergab nichts Besonderes. In der Schläfe, am Backenknochen und später hinter dem rechten Ohre traten neuralgische Schmerzen auf. Die locale Behandlung brachte keine Besserung. Verf. constatirte eine Periodontitis des ersten Praemolarzahns; derselbe wurde extrahirt, ohne dass Eiter gefunden wurde. Am nächsten Tage war die Neuralgie und nach 3 Tagen der Schnupfen verschwunden. LEFFERTS.

14) **H. B. Whitney. Coryza. (Coryza.)** *N. Y. Med. Record. 8. Oct. 1898.*

Rp. Cocain. hydrochlor. 0,12
Menthol 0,24
Ac. borici 1,875
Pulv. Coffeae 0,48.
S. Als Schnupfpulver zu verwenden. LEFFERTS.



15) **Redact. Notiz. Gegen Coryza. (Coryza.)** *N. Y. Med. Record. 8. October 1898.*

Rp. Bismuth. subnitric. 3,75
Camphor trit. 0,6
Ac. borici pulver. 1,8
Morphin. muriat. 0,06
Cocain. hydrochlor. 0,06
Benzoin. pulver. 0,9.
S. Als Schnupfpulver zu gebrauchen.

LEFFERTS.

16) **Naegeli-Akerblom. Coryza bei Kindern. (Coryza in infants.)** *N. Y. Med. Record. 17. December 1898.*

Rp. Cocain. muriatic. . . . 2 Theile,
Aqu. destill. . . . . 50 „
Glycerin . . . . 50 „
M. D. S. 3 oder 4mal am Tage 1 Tropfen in jedes Nasenloch zu instilliren.

LEFFERTS.

17) **T. T. Purkitt. Rhinitis. (Rhinitis.)** *N. Y. Medical Record. 8. October 1898.*

Rp. Guajacol 3,75
Menthol 0,66
Cocain. hydrochlor.
Camphor. ana 1,2
Glymol 120.
S. 3stündlich mit dem Spray in Hals und Nase einzustreuen.

LEFFERTS.

18) **W. E. Casselberry. Atrophische Rhinitis; ihre Natur und Symptome. (Atrophic rhinitis. Its nature and symptoms.)** *N. Y. Med. Journ. 20. November 1897.*

Vergl. den Verhandlungsbericht des 19. Congresses der American Laryngological Association (Centralbl. XV. p. 88).

LEFFERTS.

19) **Alfred Rundström** (Stockholm). **Klinische Untersuchungen über die Aetiologie der Ozaena. (Kliniska undersökningar öfver ozönans etiologie.)** *Hygiea. Mai 1898.*

Der Verf. giebt zuerst eine Uebersicht über die seit Celsus bis heute vertretenen Anschauungen über das Wesen der Ozaena. Er theilt dann 24 Krankengeschichten von Ozaenakranken ausführlich mit (Serie A) und bespricht im Anschluss daran 15 Fälle von chronischer purulenter Rhinitis (Serie B) verschiedener Art.

a) Er findet bei allen Ozaenakranken, dass das Secret den Kapselbacillus Friedländer's enthält. Der Bacillus wird rein gezüchtet und es zeigt sich:

1. Dass das Aussehen der Culturen (sowohl von Agar-Agar als von Gelatineplatten) dem des Pneumobacillus ähnlich ist;

2. der Ozaenabacillus wächst gerade wie der Pneumobacillus in Gelatine-Stichculturen;
3. er zeigt dasselbe morphologische Aussehen und dieselbe Grösse; er wird ebenfalls nach Gram entfärbt;
4. er zeigt dieselben pathogenen Eigenschaften (tödtet weisse Mäuse, aber nicht Kaninchen und Meerschweinchen);
5. er coagulirt die Milch nicht;
6. in zuckerhaltigen Medien entwickelt er Gas.

Mit anderen Worten, dieser Kapselbacillus ist in keiner Weise von dem Friedländer'schen Bacillus verschieden, eine Auffassung, die von Loewenberg, Abel und Marano bestritten ist.

b) Dieser Kapselbacillus wird nicht ausschliesslich bei Ozaenapatienten angetroffen, da Verf. ihn sehr häufig bei anderen foetiden Rhinitiden (Serie B) gefunden hat.

c) Von seinen klinischen Beobachtungen ausgehend kann Verf. nicht der Meinung Stoerk's beipflichten, dass die hereditäre Syphilis eine ätiologische Rolle bei der Ozaena spielt.

SCHMIEGELOW.

20) **Chauveau. Ozaena bei einem Kind von 51 Monaten, mit laryngo-trachealen Complicationen und letalem Ausgang. (Ozène chez un enfant de 51 mois, complications laryngo-trachéales, mort.)** *Journ. de clin. et therap. infant. 6. Oct. 1898.*

51 monatl. Kind mit hörbarer Athmung, zeitweise mit Stridor, ohne Störung der allgemeinen Gesundheit. Die Athmung bessert sich, wenn das Kind einige Krusten expectorirt hat. C. constatirt Ozaena der Nase und des Laryngo-Trachealrohrs. Die Mutter und eine Tante des Kindes leiden an atrophischer Rhinitis. Kurze Zeit darauf stirbt das Kind ganz plötzlich im Schlafe. Die Section ist nicht gemacht.

A. CARTAZ.

21) **Gradenigo. Ueber die Behandlung der Ozaena.** *Mon. f. Ohrenh. No. 10. 1897.*

G. empfiehlt im Hinblick auf diphtherische Zustände bei Ozaena intramusculäre Injectionen von 1—3 cg Jod alle 2—3 Tage. Die Injectionen sind schmerzhaft, aber die Besserung des Nasenleidens sehr ermuthigend.

SCHECH.

22) **W. P. Porcher. Quecksilber bei der Behandlung der atrophischen Rhinitis. (Mercury in the treatment of atrophic rhinitis.)** *N. Y. Med. Journal. 6. August 1898.*

P. berichtet über einen Fall, der wahrscheinlich nicht-syphilitischen Ursprungs war und der durch eine bis zur Salivation getriebene Schmiercur anscheinend geheilt wurde.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

23) **Cheval. Serotherapie bei Ozaena. (Sérothérapie dans l'ozène.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 3. 1898.*

Analyse der Arbeit Lombard's über diesen Gegenstand.

BAYER.



24) **Cathelin. Ein Fall von Ozaena geheilt durch Diphtherieserum. (Un cas d'ozène guéri par le serum antidiphthérique.)** *Echo médical du Nord. 13. November 1898.*

$20\frac{1}{2}$jähriger Patient, seit 6 Monaten an einem schrecklichen Geruch aus der Nase mit Entleerung von Krusten und grünlichem Schleim leidend. Die rhinoskopische Untersuchung ergiebt keine Atrophie der Muscheln. C. verordnet ausser Ausspülungen mit 2proc. Carbolwasser, 2 Liter täglich, dreimal in der Woche eine Injection von 5 g Diphtherieserum. Am Ende von 2 Monaten wird nur noch 1 Injection von 10 g die Woche gemacht. Nach 6 Monaten ist die Nase geruchlos und der Kranke geheilt. Im Ganzen waren 315 ccm in 6 Monaten verbraucht worden.

A. CARTAZ.

25) **Siefert. Fötide Rhinitis. (Fetid rhinitis.)** *N. Y. Medical Record. 17. December 1898.*

Salol 3,75
Ac. boracici 1,875
Ac. salicyl. 0,42
Thymol 0,18
Talci q. s. ad 60,0.
M. D. S. Abends und Morgens aufzuschnupfen.

LEFFERTS.

26) **Geo. E. Shambaugh. Eiterausfluss aus der Nase; seine klinische Bedeutung und differentielle Diagnostik. (Purulent discharge from the nose; clinical significance and differential diagnosis.)** *N. Y. Medical Record. 26. November 1898.*

Eitriger Ausfluss aus der Nase kommt bei Erkrankungen der Nase selbst, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums als sehr häufiges Symptom vor. Verf. bespricht die einzelnen Erkrankungen und ihre Differentialdiagnose eingehend. In manchen complicirten Fällen von Nebenhöhlenerkrankung ist die Diagnose nicht in einer Sitzung möglich, sondern erst im Laufe längerer Beobachtung zu stellen.

LEFFERTS.

27) **Lambert Lack. Die fibrinöse oder membranöse Rhinitis und ihre Beziehung zur Diphtherie. (Fibrinous or membranous rhinitis and its relation to diphtheria.)** *Medico-Chir. Soc. Trans. 1898. Brit. Med. Journ. 29. Oct. 1898. N. Y. Med. News. 26. November 1898. N. Y. Med. Record. 26. November 1898.*

Die Krankheit ist ziemlich häufig. Verf. beobachtete sie in 36 Fällen, d. i. bei $2\frac{1}{2}$ pCt. der in seine Klinik aufgenommenen Kinder. Die Krankheit gehört dem Kindesalter an und ist in den Herbstmonaten besonders häufig. Sie nimmt meist einen chronischen Verlauf von 5—8 Wochen. Die Allgemeinsymptome sind gewöhnlich nur sehr gering und fehlen häufig ganz. Lähmungen als Folgekrankheit sind nicht beobachtet worden. Bei 33 Fällen, die Verf. untersuchte, fand er den Klebs-Löffler'schen Bacillus regelmässig, meist in Reincultur, ein paar Mal zusammen mit Eiterkokken, Sarcine u. a. m. Der Bacillus war der lange Diphtheriebacillus und erwies sich als stark virulent für Thiere. Eine vorherige

diphtheritische Angina war nur in 1 Fall nachweisbar. Die Krankheit erwies sich als infectiös; sie führte leicht zu fibrinöser Rhinitis (9 Fälle in 4 Familien) oder zu mild verlaufenden Halserkrankungen (25 Fälle in 11 Familien). Auch wurde der Klebs-Löffler'sche Bacillus im Halse von gesunden Personen, die mit diesen Kindern zu thun hatten, gefunden.

Der Verf. kommt nach allem zu demselben Schluss, den die früheren Autoren gezogen haben, dass die fibrinöse Rhinitis eine milde Form von Diphtherie darstellt.

In der sich anschliessenden Discussion berichtet T. D. Lister über die bakteriologische Untersuchung der Nasenhöhle von 125 Kindern; bei 39 fand sich der Klebs-Löffler'sche Bacillus; von diesen hatten 23 nasalen Ausfluss.

ERNEST WAGGETT.

28) **L. Wroblewski** (Warschau). **Rhinitis caseosa.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VII. p. 229. 1898.*

Verf. berichtet über 3 Beobachtungen. Das nasale Secret ist eitrig, enthält gewöhnlich eine Beimischung von Blut und als charakteristischen Bestandtheil krümlige oder bröcklige käsige Massen, deren fauliger Geruch von dem der Ozaena zu unterscheiden ist. Die Frage, ob das Leiden ein selbständiges ist oder ein Symptom verschiedener Nasen- und Nebenhöhlenerkrankungen darstellt, lässt Verf. offen.

F. KLEMPERER.

29) **J. Moliníé. Coryza caseosa verursacht durch einen Schuhknopf in der rechten Nasenhöhle. (Coryza caséeux dû à la présence d'un bouton de bottine dans la fosse nasale droite.)** *Marseille méd. 1. Februar 1898.*

Die Ueberschrift sagt, worum es sich handelt.

A. CARTAZ.

30) **Redact. Notiz. Eine Salbe für syphilitische Coryza beim Neugeborenen. (An ointment for syphilitic coryza in the newborn.)** *N. Y. Medical Journal. 17. September 1898.*

Verf. empfiehlt folgende Salbe:

Calomel 1 Theil,
Vaselin
Lanolin ana 5 Theile.
M. D. S. In die Nase einzureiben.

LEFFERTS.

31) **A. Kuttner** (Berlin). **Die syphilitischen Granulome (Syphilome) der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. p. 272. 1898.*

K. hat 4 Fälle von syphilitischen Granulationsgeschwülsten in der Nase beobachtet. Er bespricht ihre klinischen Erscheinungen, sowie den Befund der histologischen Untersuchung. Beide haben nichts absolut Charakteristisches. In ihrem Bau stehen die Granulationstumoren den Gummigeschwülsten am nächsten. Während diese sich aber nur hügelförmig aus der Schleimhaut erheben, bilden die Granulationsgeschwülste weit emporragende breitbasig oder gestielt aufsitzende Geschwülste. Auch sind die letzteren erheblich beständiger, als die im Centrum gewöhnlich Zerfallserscheinungen zeigenden Gummata. Als Bezeichnung für die

syphilitischen Granulationstumoren, über die Ref. bei Besprechung der Manasse-schen Arbeit (Centralbl. XIV. p. 488) ausführlich berichtet hat, räth der Verf. das Wort Syphilom oder syphilitisches Granulom.

F. KLEMPERER.

32) **Redact. Notiz. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Med. Record. 8. October 1898.*

Nasenbluten ist oft ein Zeichen interstitieller Nephritis. Es kommt in allen Stadien dieser Krankheit vor, hauptsächlich am Anfang und gegen Ende derselben. Auch urämische Zustände gehen mit Nasenbluten einher wegen des gesteigerten arteriellen Drucks. Der Urin muss daher in allen Fällen von wiederholtem Nasenbluten untersucht werden, hauptsächlich bei älteren Leuten. Die Beziehung des Nasenblutens zur Apoplexie ist oft erörtert worden. Manche Autoren betrachten es als ein günstiges Ereigniss, indem es die Gefahr des apoplectischen Anfalls abwehren oder doch verringern kann.

LEFFERTS.

33) **H. D. Didama. Nasenbluten. (Epistaxis.)**

Nasenbluten, selbst recht heftiges, lässt sich oft stillen durch die Verordnung von 0,06 oder mehr Opium. D. hat dieses Mittel in den letzten 30 Jahren oft angewendet und hat damit Erfolg erzielt, auch wenn adstringirende Injectionen und Tamponade der Nase nichts nutzten.

LEFFERTS.

34) **J. Baxter Matthews. Tod durch Blutung infolge von Ruptur der tiefen Gefässe der Nase. (Death from haemorrhage caused by rupture of the deep vessels of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 2. April 1898.*

Als M. Morgens zu dem stark aus der Nase blutenden Patienten gerufen wurde, tamponirte er die rechte Nase erst von vorn und dann, da das Bluten nicht nachliess, mit Hülfe eines weichen Katheters auch von hinten. Aus der linken Nase hatte es nicht geblutet. Um 2 Uhr Nachmittags fand M. den Pat. sehr wohl, die Blutung hatte nicht wieder eingesetzt. Um 4 Uhr wurde er eilends gerufen und fand die linke Seite blutend. Er tamponirte auch diese rasch von vorn und hinten; aber die Blutung stand nicht. Compression, Eis, Eisenchlorid, Ergotol etc. wurden versucht; alles vergeblich. Der Pat. starb durch Verblutung.

LEFFERTS.

35) **Redact. Notiz. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Med. Record. 29. Octob. 1898.*

Nachdem die Nase von Blutgerinnseln gereinigt ist, wird eine Glasspritze voll Citronensaft in dieselbe injicirt. Dies Mittel soll die Blutung stillen, wenn alle anderen versagen.

LEFFERTS.

36) **Rendu. Recidivirendes Nasenbluten. (Recurrent epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 8. December 1898.*

Antipyrin 0,5
Tannin 1,0
Sacch. pulverat. 10,0.

LEFFERTS.



37) **G. Roussan. Benutzung des entgegengesetzten Nasenlochs bei intensivem Nasenbluten zur Erzeugung eines hinteren Gerinnsels. (De l'utilisation de la narine du coté opposé dans les epistaxis intenses pour la production d'un caillot posterieur.)** *Journal des Praticiens. 17. December 1898.*

In einem Fall von sehr hartnäckigem Nasenbluten bei einem 65jährigen arteriosklerotischen Manne tamponirte R. von vorn mit einem in Oxygenwasser getränkten Tampon. Das Blut floss aus der hinteren Oeffnung weiter. R. entfernte deshalb den Tampon und machte wiederholt eine Injection von Gelatineserum. Es bildete sich jedesmal vorn ein Gerinnsel, aber hinten dauerte die Blutung fort. R. liess nun den vorderen Tampon liegen und machte eine Injection von Gelatineserum durch das andere Nasenloch. Sofort stand die Blutung. Nach 24 Stunden konnte die Nasenhöhle gereinigt werden, ohne dass die Blutung wieder eintrat.

A. CARTAZ.

38) **Redact. Notiz. Chronische Nasenrachenraumentzündung. (Chronic rhinopharyngitis.)** *N. Y. Med. Record. 8. October 1898.*

Menthol 3,75
Ol. amydal. dulc. 37,5.
M. D. S. Mit dem Pinsel aufzutragen.

LEFFERTS.

39) **M. Thomas. Strabismus geheilt durch Curettement des Nasopharynx. (Strabismus cured by curettage of the nasopharynx.)** *Presse Med. 29. Oct. 1898. N. Y. Medical Record.*

10jähriges Kind mit Strabismus convergens. Derselbe hatte sich im Anschluss an eine Meningitis entwickelt, die das Kind mit 22 Monaten durchmachte und die einen halb-idiotischen Zustand zurückliess. Nach der wegen adenoider Vegetationen vorgenommenen Auskratzung des Nasenrachenraums verschwand der Strabismus vollständig.

LEFFERTS.

40) **Dandois. Fibröser Nasenrachenpolyp. (Polype fibreux du nasopharynx.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 31. 1898.*

In der Sitzung der Belg. chir. Gesellschaft vom 23. Juli 1898 stellt D. einen Kranken mit einem fibrösen Nasenrachenpolypen vor, welchen er mit Incision des weichen Gaumens zu operiren gedenkt.

BAYER.

41) **Depage. Sarcom der Schädelbasis; Präventivtracheotomie; provisorische Ligatur beider Carotid. int.; osteoplastische Resection des Oberkiefers nach Kocher; Heilung; Krankenvorstellung. (Sarcome de la base du crâne; trachéotomie préventive; ligature provisoire de deux carotides internes; résection ostéoplastique de la machoire supérieure par le procédé de Kocher; guérison; présentation de l'opéré.)** *Bulletin de l'Acad. Roy. de Méd. de Belg. No. 5. 1898. La Presse méd. Belge. No. 25. 1898.*

39jähriger Patient, bei welchem der Tumor — ein Sarcom — die Schädelbasis und ausserdem noch das Nasenrachengewölbe und die vordere Seite des ersten Wirbels einnahm.

Das Uebrige besagt der Titel.

BAYER.



42) **Marcelle. Nasenrachentumor. (Tumeur du naso-pharynx.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 23. 1898. La Clinique. No. 23. 1898.*

Vorzeigen eines Nasenrachenpolypen, welchen Lavisé einem 14jährigen Kinde nach Aufklappen beider Oberkiefer entfernt hatte. Der Tumor wog 60 g und erwies sich als Fibrosarcom.

BAYER.

43) **Lavisé. Nasenrachenpolyp. Exstirpation. Heilung. (Polype naso-pharyngien. Exstirpation. Guérison.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 24. 1898.*

L. stellt in der Sitzung vom 6. Mai 1898 der kgl. Gesellschaft für Natur- und Medic. Wissenschaften einen Patienten vor, welchen er nach dem Kocher'schen Verfahren vermittelst temporärer Resection beider Oberkiefer nach vorausgeschickter Tracheotomie und Einlegung der Trendelenburg'schen Tamponcanüle von einem voluminösen Nasenrachenpolyp befreit hatte.

BAYER.

44) **Lavisé, Depage** und **Debaisieux. Temporäre Resection des Oberkiefers nach dem Kocher'schen Verfahren. (Résection temporaire.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 28. 1898.*

Lavisé stellt in der Belg. chir. Gesellschaft, Sitzung vom 19. Juni 1898, einen Kranken vor, welchem er einen 100g schweren Nasenrachentumor nach dem Kocher'schen Verfahren entfernt hatte; Verzweigungen des Tumors in die rechte Augen- und Nasenhöhle.

Dépage berichtet über 2 Fälle von temporärer Resection der Oberkiefer, von denen er die eine wegen eines Nasenrachenpolypen, die andere wegen eines Sarcoms der Schädelbasis vorgenommen hat.

Debaisieux redet der Entfernung von Polypen kleineren Kalibers durch die natürlichen Wege das Wort.

BAYER.

45) **Gallet. Interthyromaxillaroperation von Retropharyngealtumoren. Vorstellung von zwei Fällen. (G. présente deux observations de tumeurs du retropharynx opérées par la voie interthyromaxillaire.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 28. 1898.*

G. stellt in der kgl. Gesellschaft für Medicin und Naturwissenschaften, Sitzung vom 4. Juli 1898, zwei Fälle von Retropharyngealtumoren vor, welche er auf interthyromaxillärem Wege operirt hat.

Im ersten Falle handelt es sich um einen kleinen mandarinengrossen Tumor, welcher der Schädelbasis und den ersten Halswirbeln aufsass; im zweiten um einen Tumor, welcher sich im Bereiche der Mandeln entwickelte und den ganzen Nasenrachenraum bis zur Epiglottis herunter einnahm.

Die Operation besteht nach vorausgeschickter Tracheotomie bei herabhängendem Kopfe in einer Incision der Mittellinie, welche vom oberen Schildknorpelrand bis an den unteren Rand des Unterkiefers reicht, wodurch man sich einen weiteren Zugang zum Pharynx schafft.

BAYER.

46) **Partsch** (Breslau). **Eine neue Methode temporärer Gaumenresection.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 57. Bd. 4. Heft. 1898.*

Die zur Entfernung von Geschwülsten der Nase und des Nasenrachenraums,

welche von der Schädelbasis herunterkommen, in einem Falle mit gutem Erfolge ausgeführte Operation bestand in der Abtrennung des Gaumentheiles des Oberkiefers.

SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

47) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Acute Osteomyelitis des Oberkiefers ein sogenanntes „klassisches“ Empyem der Highmorshöhle simulirend.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 7. p. 439. 1898.*

Krankengeschichte eines Falles, in dem nach heftigem Trauma in der Gegend der Fossa canina eine Osteomyelitis des Oberkiefers entstand. Da sich einseitige Naseneiterung einstellte, wurde an ein Empyem der Highmorshöhle gedacht. Dieselbe wurde punctirt und erwies sich als frei von Eiter. Der Eiterherd befand sich in der Dicke des Knochens und hatte den Sinus nach oben zurückgedrängt. Der Eiter entleerte sich in die Nasenhöhle nicht durch Vermittlung des Sinus, sondern durch eine Fistel, die sich in den unteren Nasengang öffnete.

Verf. verwirft den Namen des „klassischen Empyems der Kieferhöhle“ ganz; jeder Fall dieser Art soll nach der Ursache bezeichnet werden, welche die Osteitis des Oberkiefers mit oder ohne Betheiligung des Sinus maxillaris hervorgerufen hat.

F. KLEMPERER.

48) **Avellis. Ueber die bei kleinen Kindern ein Kieferhöhlenempyem vortäuschende Tuberculose des Oberkiefers.** *Münch. med. Woch. No. 45. 1898.*

Die in der Litteratur aufgeführten Fälle von Kieferhöhlenempyem bei kleinen Kindern sind mit Misstrauen zu betrachten, denn sie sind in der That nichts als Caries des Oberkiefers in Folge von Tuberculose. Man findet dabei Fistelbildung unter dem Auge, Vorwölbung des Knochens, Sequesterbildung und Exophthalmie. A. theilt schliesslich einen selbstbeobachteten Fall mit.

SCHECH.

49) **Avellis. Ueber die bei kleinen Kindern ein Kieferhöhlenempyem vortäuschende Tuberculose des Oberkiefers. Berichtigung und Nachtrag.** *Münchner med. Wochenschr. No. 47. 1898.*

Missverständliche Auslegung einer Krankengeschichte, die von Hirschberg richtig gestellt wird.

SCHECH.

50) **Lavisé. Prothese des Unterkiefers. (Prothèse du maxillaire inférieur.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 41. 1898. Bulletin de l'Acad. Roy. Méd. de Belgique. No. 8. 1898.*

Lavisé stellt in der kgl. Academie eine Kranke vor, welcher er den Unterkiefer vom 2. Backenzahn bis ans Schläfenkiefergelenk resecirt hat. Unmittelbar nach der Operation wurde von Dr. Moury ein prothetischer Apparat aus Vulcanit, der genau dem resecirten Unterkieferstück entsprach, eingesetzt.

Der Apparat functionirt seit 3 Monaten und Niemand könnte nach dem äusseren Anblick eine so schwere Verstümmelung vermuthen.

BAYER.



51) **Pluder. Ueber die Bedeutung der Mandeln im Organismus.** *Mon. f. Ohr. No. 4. 1898.*

Die Schutzwirkung ist eine sehr minimale, da die Mandeln sehr häufig erkranken; ja sie sind die bevorzugten Eingangspforten für bakterielle Gifte. Die Mandeln sind Neubildungsstätten von Leukocyten. Näheres im Original.

SCHECH.

52) **G. Masini. Die interne Secretion der Tonsillen. (The internal secretion of the tonsils.)** *N. Y. Med. Journal. 23. September 1898.*

Verf. stellte Experimente an mit einem Mandel-Extract vom Hunde und vom Kalbe. Wenn er einem Meerschweinchen 0,4 oder 0,5 g Extract auf 1 kg Thier subcutan injicirte, constatirte er eine erhebliche Steigerung des arteriellen Drucks mit charakteristischen Oscillationen, ähnlich denen nach Anwendung von Nebennierenextract. Die Steigerung hält nicht lange an und der Druck sinkt dann unter die Norm. Gleichzeitig wird die Action des linken Ventrikels erst beschleunigt und danach verlangsamt. Der Extract von längere Zeit entzündeten oder hyperplastischen Mandeln hatte diese Wirkung nicht. Verf. schliesst daraus, dass die Mandeln ein internes Secret liefern, welches den Arteriendruck steigert.

LEFFERTS.

53) **Hugh Walsham. Epithelperlen in der Mandel. (Epithelial pearls in the tonsil.)** *Patholog. Society Rep. 1898. Brit. Med. Journ. 5. Novemb. 1898.*

In einer grossen Anzahl von Mandeln, die er untersuchte, fand W. nur ein paar von diesen Epithelnestern. Einige derselben stammen von abgeschupptem und innerhalb der Crypten retinirtem Epithel; andere aber gingen continuirlich in das Oberflächenepithel über und waren eher durch fötale Inclusion zu erklären. Mandelsteine können auf eine Verkalkung solcher Perlen zurückgeführt werden.

ERNEST WAGGETT.

54) **Buys. Eine häufige Ursache der lacunären Amygdalitis. (Une cause fréquente d'amygdalite lacunaire.)** *La Policlinique. No. 2. 1898.*

In der grossen Mehrzahl der Fälle wird die Amygdalitis lacunaris hervorgerufen durch eine Verminderung der Resistenzfähigkeit der Vertheidigungselemente der Mandeln. Eine Haupt- und vielfach verkannte Ursache bilde die Verstopfung der Nase; das bewiesen Fälle, in welchen nach Wegbarmachung der Nasenwege die Disposition zu lacunärer Amygdalitis verschwunden sei. Die hereditären Formen stellten eher hereditäre Nasenobstructionen dar, ebenso wie die „lymphatischen" meist besser als „adenoide" zu bezeichnen wären; aber auch von anderen Typen würden sich bei einer eingehenden Untersuchung noch manche aus dem Mechanismus der Nasenobstruction erklären lassen.

BAYER.

55) **De la Carrière. Gegen acute nicht-diphtheritische Mandelerkrankungen. (For acute non-diphtheritic tonsillar affections.)** *N. Y. Med. News. 29. Oct. 1898.*

Verf. empfiehlt besonders das Salol. Dasselbe lindert die Schmerzen und die Dysphagie erheblich, kürzt die Dauer der Krankheit ab und verhindert die

Abscessbildung. Die Digestion wird durch das Salol nicht gestört, so dass man es mit dem Essen nehmen kann. Der Erwachsene kann 3,5 g pro Tag bekommen, doch setze man das Medicament aus, wenn der Urin dunkel wird. Verf. verschreibt

Salol 1,8
Ol. amygdal dulc. 3,75
Syr. simpl.
Aqu. destill. ana 90,0.
M. D. S. Innerhalb 24 Stunden aufzubrauchen.

LEFFERTS.

56) **J. A. Stucky. Peritonsillitis oder abscedirendes Angina; ihre Ursache und Behandlung. (Peritonsillitis or quinsy; cause and treatment.)** *N. Y. Medical News. 21. October 1898. N. Y. Medical Record. 29. October 1898.*

Von 10 Autoren, die Verf. befragte, erwähnen 7, nachdem sie die hereditäre Prädisposition, die Erkältung u. a. m. genannt haben, Rheuma und Gicht als die wesentlichste Ursache dieser Erkrankung. Sorgfältige Beobachtungen führten den Verf. zu der Ueberzeugung, dass die rheumatische oder richtiger die Harnsäure-Diathese mehr mit der oben genannten Krankheit zu thun hat, als irgend ein anderer ursächlicher Factor. Bezüglich der Behandlung ist der Verf. der Ansicht, dass in der Mehrzahl der Fälle, wenn man sie innerhalb der ersten 48 Stunden zu Gesicht bekommt, eine Abortivbehandlung in soweit gelingt, dass die Eiterung vermieden wird. Ist die Krankheit bereits bis zur Eiterung vorgeschritten, so empfiehlt Verf. sofortige ausgiebige Punction, soweit die Spannung reicht. Dieselbe lindert den Schmerz und hält das Fortschreiten der Eiterung auf. Verf. benutzt dazu einen von Spier modificirten Ohrlöffel, nicht das Messer.

LEFFERTS.

57) **Redact. Notiz. Zur Application bei folliculärer Mandelentzündung. (An application for follicular amygdalitis.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Septemb. 1898.*

Nach der Incision soll folgende Mischung aufgepinselt werden:

Acid. trichloracetic. 0,1
Jodi 0,25
Kalii jodati 0,5
Glycerin. 5,0
Aqu. destill. 10,0.

LEFFERTS.

58) **F. W. Fabricius. Tonsillitis. (Tonsillitis.)** *N. Y. Med. Record. 8. Octob. 1898.*

In Fällen von chronischer Mandelentzündung mit acuten Exacerbationen applicirt F. direct auf die entzündete Fläche:

Tct. Aconiti rad. 1,875
Tct. belladonnae 3,75
Tct. ferri chlorat. 7,5
Tct. jodi compos. 9,375
Glycerini q. s. ad 30,0.
M. D. S. Mit dem Pinsel aufzutragen.

LEFFERTS.



59) **Perrogon. Syphilitischer Schanker der rechten Mandel und der Oberlippe. (Chancres syphilitiques de l'amygdale droite et de la lèvre supérieure.)** *Gaz. méd. de Nantes. 9. Juli 1898.*

Die Ueberschrift sagt genug über den Fall. A. CARTAZ.

60) **D. Bryson Delavan. Tertiäres Geschwür der Mandel ein Sarcom vortäuschend. (Tertiary ulceration simulating sarcoma of the tonsil.)** *N. Y. Med. Journal. 4. December 1897.*

Abdruck des auf dem 19. Congress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrags (vergl. Centralbl. XV. p. 89). LEFFERTS.

61) **J. H. Hartmann. Ein Fall von Angiom der Tonsille mit Recidiv 3 Jahre nach der Abtragung des Tumors. (A case of angeioma of the tonsil with recurrence three years after removal.)** *N. Y. Med. Journal. 25. Dec. 1897.*

Angiome im oberen Athemtractus sind selten. Das von H. beobachtete Angiom sass auf der rechten Tonsille einer 28jährigen Frau und war durch einen äusseren Tumor von unbestimmter Natur complicirt.

Die Abtragung wurde wegen der zu befürchtenden Blutung mit der heissen Schlinge sehr langsam vorgenommen. Die Operation dauerte fast 1 Stunde und die Blutung war sehr gering. Aber 24 Stunden nachher trat eine sehr heftige Blutung ein, die durch Eis, Styptica und Compression nicht gestillt wurde und erst nach directer Application des Galvanokauters stand. LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

62) **Bezançon** und **Labbé. Ein Vergleich der Wirkung des Diphtheriebacillus und des Diphtherietoxins auf die Lymphdrüsen. (Effets comparés de l'action du bacille et de la toxine diphtherique sur les ganglions lymphatiques.)** *Soc. de Biologie. 7. Mai 1898.*

Die Einimpfung des Bacillus und die Einverleibung seiner Toxine bringen auf die Lymphdrüsen sehr verschiedene Wirkungen hervor. Bei der Infection mit den Mikroben selbst ist die entzündliche Reaction das vorherrschende, bei der Intoxication mit den Toxinen die Nekrose. Während bei der Infection das Reticulum reagirt und die Leukocyten nach den Drüsen hinströmen, fehlen diese Phänomene bei der Intoxication und man sieht die Drüse vielmehr ihre Functionsfähigkeit einbüssen.

Ist das Thier jedoch durch vorherige Seruminjection widerstandsfähig gemacht worden, so kommt die Nekrose nicht zu Stande und die Drüse reagirt auf die Gifteinspritzung in derselben Weise wie bei der Infection. PAUL RAUGÉ.

63) **J. Nicolas** (Lyon). **Ist die Agglutination des Loeffler'schen Bacillus durch das Diphtherieserum ein constantes Vorkommniss? (L'agglutination du bacille de Loeffler par le serum antidiphtherique est-elle constante?)** *Soc. de Biol. 4. Juni 1898.*

N. setzte ein stark immunisirendes Serum, das weder einen antiseptischen

Zusatz erhalten hatte, noch erwärmt war, zu 12 Culturröhrchen mit Löffler'schen Bacillen hinzu. Die Agglutination trat in 6 Röhrchen ein, bei 6 blieb sie aus. Sämmtliche Controlröhrchen mit normalem Serum wurden nicht agglutinirt.

Der Verf. erklärt die Agglutination danach für ein inconstantes Phänomen, das von den betreffenden Culturröhrchen, auf die das Serum wirkt, abhängig ist.

PAUL RAUGÉ.

64) **Hand. Eine Methode zur schnellen Vernichtung der Diphtheriebacillen nach Verschwinden der Pseudomembranen. (Méthode rapide de destruction des bacilles diphthériques après disparition des fausses membranes.)** *Revue de Pathologie interne. 20. October 1898.*

Die Substanz, mit der Verf. die besten Resultate erzielte, ist das Argentum nitricum in $^1/_{10}$ wässriger Lösung.

Zwei Applicationen, höchstens drei, sind im Allgemeinen ausreichend.

Das Eindringen der Flüssigkeit in den Larynx muss man vermeiden.

PAUL RAUGÉ.

65) **Arthur Henry. Beitrag zum Studium der gemischten Diphtherien. (Contribution à l'étude des diphthéries associées.)** *Thèse de Paris. 1898.*

H. entwickelt in seiner These die Anschauungen seines Lehrers Barbier, dass die diphtheritischen Anginen, welche local etwas anormale Erscheinungen, einen schweren Allgemeinzustand, Herzstörungen (Arhythmie, Beschleunigung des Pulses) etc. aufweisen, stets Diphtherien mit Streptokokken-Mischinfection sind. Ihre Prognose ist ernst und die Therapie muss von Anfang an energisch eingreifen. Verf. empfiehlt das Serum, häufige antiseptische Spülungen, Pinselungen (ohne Reiben, blosse Aufpinselung) mit Sulforicinphenol, strenge Isolirung der Kranken.

A. CARTAZ.

66) **Emile Dupuy. Beitrag zum Studium der gutartigen Mischinfectionen bei Diphtherie. (Contribution à l'étude des diphthéries associées benignes.)** *Thèse de Paris. 1898.*

Verf. zählt die verschiedenen Zeichen auf, durch die sich die einzelnen Mischinfectionen charakterisiren und bespricht besonders den Symptomencomplex, den er als kleine Sepsis („les petits accidents septiques") bezeichnet. Er empfiehlt die Serumbehandlung und local die Einpinselung mit Sulforicinphenol. Verf. verfügt über 53 eigene Beobachtungen.

A. CARTAZ.

67) **C. Renshaw. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1898.*

Abdruck eines auf dem Medicinischen Congress in Moskau gehaltenen Vortrags.

ADOLPH BRONNER.

68) **Roger** und **Garnier** (Paris). **Verallgemeinerung von Diphtheritis der Trachea und der Bronchien. (Diphthérie tracheo-bronchique generalisée.)** *Presse méd. 9. November 1898.*

Die Verff. beobachteten einen Fall von Diphtherie, in dem eine Pseudo-



membran, die in der Höhe der Epiglottis und der Stimmbänder begann, sich ohne Unterbrechung bis in die letzten Verzweigungen der Bronchien ausbreitete.

Die von Membranstückchen aus den kleinen Bronchien angelegten Culturen blieben steril. Die Verff. schliessen daraus, dass die Anwesenheit des Bacillus zur Production der Pseudomembranen gar nicht nöthig ist, dass diese vielmehr der blossen Imprägnation mit dem Diphtherietoxin ihren Ursprung danken können.

PAUL RAUGÉ.

69) **C. E. Michael. Complicationen der Serumbehandlung bei Diphtherie. (Complications attending the serum treatment of diphtheria.)** *Practitioner. April 1898.*

Verf. stellt eine sehr interessante Statistik aus den Reports of the Metropolitan Asylum's Board und aus den Krankengeschichten des Eastern Fever Hospital zusammen und berichtet über eine Reihe bemerkenswerther Fälle.

ADOLPH BRONNER.

70) **Weisbecker. Zur Behandlung der Diphtherie mit dem Serum von Diphtheriereconvalescenten.** *Münch. med. Wochenschr. No. 39. 1898.*

Beobachtungen an 30 Fällen; das Serum wird von Kranken gewonnen, welche nicht mit Behring's Serum behandelt waren, sondern die Diphtherie spontan überstanden hatten; die Art der Darstellung des Serums, von dem eine einzige Injection von 4—5 ccm genügt, wird später publicirt.

SCHECH.

71) **Strohe. Mittheilungen über Diphtherie aus dem Augustahospital zu Köln.** *Münch. med. Wochenschr. No. 40. 1898.*

In das Krankenhaus kommen nur schwere und schwerste Fälle, die ihr Gepräge Jahr um Jahr festgehalten haben. Trotzdem ergiebt sich seit der Serumbehandlung eine wesentliche Verringerung der Gesammtsterblichkeit, hauptsächlich bedingt durch die weit günstigeren Resultate der Tracheotomie, sodann durch Rückgang der Tracheotomie überhaupt. Sofort nach Aufnahme wird No. III (1500 Immunisirungseinheiten) injicirt, gleichgiltig, ob ein Kind oder ein Erwachsener. Geringe verzettelte Dosen haben keinen Werth; nebenher Gurgelungen mit Carbollösung und Dampfinhalation.

SCHECH.

72) **P. David Schultz** und **H. D. Brown. Die Chlorbehandlung der Diphtherie. (The chlorine treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 5. November 1898.*

Ohne allgemeines Interesse.

LEFFERTS.

73) **Stroll. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 26. November 1898.*

Rp. Tct. Myrrhae . . . 4 Theile
Glycerin . . . . . 8 „
Aqu. destill. . . . 200 „

Bei Tage 1stündlich, bei Nacht 2stündlich, Kindern von 2 Jahren 1 voller Theelöffel, älteren Kindern das Doppelte, Erwachsenen 3mal so viel zu geben, bis die Membranen verschwinden.

LEFFERTS.

74) **A. M. Osness. Die Diphtherie und ihre rationelle Behandlung. (Diphtheria and its logical treatment.)** *N. Y. Med. Record. 5. November 1898.*

Das Serum hält der Verf. nach seiner Theorie der diphtheritischen Erkrankung nicht für rationell; es schwächt den Organismus und führt zur Gefahr der Hypertoxicität. Verf. gab mit gutem Erfolge Calciumsulfid in Dosen von 0,045 $^1/_2$ stündlich 36 Stunden lang. Wasser soll innerlich reichlich gegeben werden zur Beschleunigung der Ausscheidung des Giftes. Locale Einpinselungen mit verschiedenen Substanzen können nützlich sein.

LEFFERTS.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

75) **Gorodechi. Zur Casuistik der Fremdkörper in der Trachea.** *Mon. f. Ohr. No. 5. 1898.*

Während der Tracheotomie behufs Entfernung eines Hornknopfes wurde derselbe tiefer nach unten aspirirt, nach einigen Tagen aber spontan ausgehustet.

SCHECH.

76) **H. Mole. Zwei Fälle von Intubation beim Erwachsenen. (Two cases of intubation in adults.)** *Bristol Med. Chir. Journal. September 1898.*

Der erste Fall betrifft eine Frau von 40 Jahren, die an heftiger Laryngitis mit starker Schwellung erkrankt war, der zweite einen Mann von 45 Jahren mit acuter septischer Laryngitis.

ADOLPH BRONNER.

77) **A. Codd. Der Werth der Kehlkopfintubation. (The utility of intubation of the larynx.)** *Birmingham Med. Review. August 1898.*

Verf. bespricht die Methodik der Intubation. Er hat einen besonderen Tisch anfertigen lassen, auf dem er den Patienten lagert. Er zieht die horizontale Position vor.

ADOLPH BRONNER.

78) **Wl. Oltuszewski. Psychologie und Philosophie der Sprache. (Psychologia ovar filozofia mowy.)** Warszawa 1899.

Diese Arbeit bildet den dritten und letzten Theil des Werkes über die Physiologie der Sprache, welches O. in der Monatsschrift für die gesammte Sprachheilkunde (1893) veröffentlicht hat. Im ersten Theile dieser Arbeit wirft Verf. einen Rückblick auf die Arbeiten der Linguisten und Philosophen zur Erforschung des Ursprungs der Sprache und ihren Zusammenhang mit dem Denken, Verstande, bei denen die Functionen des Gehirnes und die sogenannten psychologischen Forschungen darüber nicht berücksichtigt worden sind. Im zweiten Theile des Werkes werden die Arbeiten der neuen psychologischen Schulen analysirt und durch eigene Beobachtungen des Verf.'s über die Entwickelung der Sprache und der Intelligenz vervollständigt. Im dritten Theile formulirt Verf. auf Grund eigenen Materials seine Anschauungen über die Psychologie und Philosophie der Sprache.



Die besonders für Aerzte, welche sich mit der Logopathologie beschäftigen, interessante Arbeit eignet sich nicht zum Referat; sie wird demnächst in extenso deutsch veröffentlicht.

v. SOKOLOWSKI.

79) **Wl. Oltuszewski. Der sechste Beitrag zur Lehre über Sprachanomalien. (Szósty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy.)** *Medycyna. No. 49, 50. 1898.*

Im Laufe der Jahre 1897—1898 wurden vom Verf. 171 verschiedene Fälle von Sprachanomalien beobachtet (44 Aphasie, 46 Stammeln, 4 nasale Sprache, 77 Stottern).

Verf. beschreibt einige von diesen Fällen genau, bespricht seine Klassification und Behandlungsmethoden und erörtert den Zusammenhang der Sprachstörungen mit der Psychopathologie und Neuropathologie einerseits und der Laryngologie und Otiatrie andererseits.

A. v. SOKOLOWSKI.

80) **Oltuszewski. Ueber den Zusammenhang der im Kindesalter vorkommenden Cerebrallähmungen mit verschiedenen Kategorien von Sprachanomalien. (O stosunku povazan mózgowych wiekud zieciecego do roznych kategoryi zboczan mowy.)** *Gazeta lekarska. No. 47, 48. 1898.*

Auf eigenes Material gestützt beschreibt Verf. verschiedene Arten von Lähmungen und deren Zusammenhang mit Sprachstörungen, sowie die Aetiologie und Pathogenese derselben. Unter 1058 Fällen von verschiedenen Sprachanomalien, welche Verf. im Laufe von 6 Jahren beobachtete, wurden in 42 Fällen cerebrale Lähmungen als Ursache von Aphasie, Stottern oder Stammeln nachgewiesen.

In 7 Fällen wurden methodische Sprachübungen mit günstigem Erfolge vorgenommen. Nach Verf. haben nicht nur verschiedene Arten von Sprachstörungen, sondern auch sogen. Hörstummheit und nasale Sprache corticalen Ursprungs ihre ätiologische Ursache in cerebralen Lähmungen, was bisher wenig berücksichtigt wurde. Schliesslich weist Verf. auf die Möglichkeit einer rationellen Behandlung dieser Form von Sprachstörungen hin; denn in vielen Fällen schwinden die Lähmungen allmälig und es verbleiben nun verschiedene Sprachstörungen, welche in hohem Grade die geistige Entwickelung des Kindes hemmen.

A. v. SOKOLOWSKI.

81) **A. Wallace. Die Höhe der menschlichen Stimme. (The pitch of the human voice.)** *Lancet. 17. September 1898.*

Die Stimmhöhe steht im Zusammenhang mit dem Winkel des Kiefers und mit der Art des Ansatzes der Ohren an die Wangen. Stehen die Ohren vertical, so ist die Stimme tief, ist das Ohr abwärts und vorwärts geneigt, so liegt eine Tenor- oder Sopranstimme vor (sic!!)

ADOLPH BRONNER.

82) **H. Schoonmaker. Ein Fall von verzögertem Stimmwechsel infolge der nicht erkannten Fähigkeit des Gebrauches der tiefen Stimme. (Case of delayed change of voice due to unrecognized power to use the adult voice.)** *N. Y. Medical Record. 23. Juli 1898.*

Der 14jährige Knabe sprach mit unreiner, hoher Stimme, bisweilen auch nur mit heiserem Flüstern.

Durch Anwendung methodischer Sprachübungen bei gleichzeitigem Gebrauch medicamentöser Sprays wurde dem Knaben gezeigt, dass er vollständig im Stande sei, die tiefe Stimme zu gebrauchen und die Störung war bald ganz beseitigt.

V. J. SWIFT (LEFFERTS).

83) **Holbrook Curtis. Die Behandlung der Laryngitis der Sänger. (The treatment of singer's laryngitis.)** *N. Y. Medical Journal. 12. November 1898.*

Verf. hat seit langem aufgehört, starke Adstringentien auf die Stimmbänder der Sänger zu appliciren. In Fällen von schmerzhafter Laryngitis verwendet er ein Extract der Suprarenalkapsel, das auf die Larynxschleimhaut aufgepinselt sehr lindernd wirkt. In der Nase bewirkt eine 10 Minuten lange Application eine deutliche Blässe, welche viel stärker als die durch Cocain erzielte ist. Das Extract ist dem Verf. bekannt geworden durch eine Mittheilung von Wagner (San Francisco), der über fast blutlose Operationen, die er mit Hülfe desselben erzielte, berichtete.

LEFFERTS.

84) **Botey. Heiserkeit bei Sängern und Rednern. (Hoarseness in singers or speakers.)** *N. Y. Med. Record. 30. April 1898.*

Rp. Cocain. hydrochlor. 0,9
Strychn. sulphur. 0,045
Aqua destill. 80,0.
M. D. S. Als Spray zu brauchen.

Ferner:

Rp. Cocain. hydrochlor. 0,045
Tct. Aconit. 0,6
Sacch. etc. q. s.
ut. f. pastill. No. 80. S. Im Munde aufzulösen.

LEFFERTS.

85) **J. A. Bottome. Zur Behandlung der Heiserkeit bei Sängern und Rednern. (Treatment of hoarseness in singers and speakers.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Juli 1898.*

Nichts Bemerkenswerthes.

J. W. SWIFT (LEFFERTS).

86) **J. A. Bottome. Heiserkeit bei Sängern. (Hoarseness in singers.)** *N. Y. Medical Record. 8. December 1898.*

Sängerknötchen sind die Folge einer fehlerhaften Singmethode und durch systematische Verbesserung dieser gelingt es auch, die Knötchen zum Verschwinden zu bringen ohne die kaustischen oder operativen Eingriffe, die in den meisten Lehrbüchern der Laryngologie empfohlen werden.

LEFFERTS.

87) **W. Bottermund** (Dresden). **Ueber die ärztliche Behandlung von Störungen der Singstimme.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. p. 336. 1898.*

Verf. bespricht die „professionelle Stimmschwäche". Dieselbe beruht hauptsächlich auf einer mehr oder minder ausgeprägten Parese der einzelnen Glottisverengerer. Neben der Muskelparese besteht oft auch Hyperämie der Kehlkopfschleimhaut und vermehrte Secretion. Ursache der Stimmstörung ist die



Ueberanstrengung, ein Missverhältniss zwischen Anstrengung und individueller Leistungsfähigkeit. Begünstigt wird die Ueberanstrengung der Stimme durch Erkrankungen und Anomalien im Ansatzrohr. Die Behandlung der Stimmschwäche muss zuerst die letzteren ins Auge fassen und im Ansatzrohr möglichst normale Zustände schaffen. Dann erst wird die Parese der Kehlkopfmuskeln selbst behandelt. Dazu empfiehlt sich am meisten die Heilgymnastik der Stimme. Die Singübungen zu Heilzwecken beginnen mit Flüsterübungen; an diese schliessen sich die Stimmübungen.

F. KLEMPERER.

88) **John Winslow. Hysterische Aphonie. (Hysterical aphonia.)** *N. Y. Med. Record. 26. Februar 1898.*

Krankengeschichte eines Falles.
Nichts Neues.

LEFFERTS.

89) **E. N. Maljutin. Drei Fälle von mit Hülfe von Stimmgabeln geheilter völliger Aphonie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. p. 450. 1898.*

M. berichtet über 3 weitere Fälle von hysterischer Aphonie, die er mittelst der Stimmgabeln geheilt hat. Er setzt die Stimmgabeln nicht mehr auf den Kopf oder den Schildknorpel, sondern auf den Brustkasten auf und zwar ausser einer der Normalhöhe der Stimme des Kranken entsprechenden noch zwei um eine resp. zwei Octaven tiefer tönende. Jede Sitzung dauert nicht mehr als 10 Minuten mit einer Pause zur Erholung. Die Sitzungen finden täglich, wenn möglich 2mal täglich statt. Die Heilungsdauer in M.'s Fällen betrug 8—14 Tage.

Erwähnt sei noch die Beobachtung M.'s, dass wenn man die Stimmgabel auf die Brust stellt und eine Note singen lässt, ein Brustton, bei auf den Kopf gesetzter Stimmgabel dagegen ein Kopfton producirt wird. Diese Erscheinung kann Bedeutung für den Gesangsunterricht gewinnen.

F. KLEMPERER.

90) **Liebmann** (Berlin). **Parasigmatismus lateralis.** *Archiv f. Kinderheilkunde. XXV. Bd. 5. u. 6. Heft. 1898.*

Beim P. lateralis kommt die Verstümmelung der S-Laute auf die Weise zu Stande, dass die Luft nicht vorn in der Mitte über die unteren Schneidezähne geht, sondern dass eine Enge zwischen seitlichem Zungenrand und den Backenzähnen gebildet wird und dass die Luft seitlich über die Praemolares oder Molares herauszischt. Meist sind sämmtliche S-Laute von der Störung betroffen. Die Aetiologie weist häufig auf schlechte sprachliche Vorbildung hin, sehr viele Fälle beruhen auch auf organischer Basis, als eigentliche Grundlage der Störung muss die mangelhafte Geschicklichkeit der Sprachorgane (motorischer P. l.) oder die Unaufmerksamkeit des Patienten (sensorischer P. l.) bezeichnet werden.

Sehr häufig ist der P. l. durch andere Sprachstörungen complicirt, durch Poltern und Stottern.

Zur Behandlung drückt L., während der Patient die Zahnreihen aufeinandersetzt, die Backenhaut von aussen fest an die Molargegend, so dass die Luft nicht an den Seiten entweichen kann, während der Pat. ein ss ausführt.

SEIFERT.

91) **Jacquet. Stottern complicirt mit Spasmus des Pharynx und Oesophagus. (Bégaiement complexe avec spasme pharyngo-oesophagien.)** *Société médicale des Hôpitaux. 6. Mai 1898.*

Verf. beschreibt einen jungen Mann, der eine besondere Form von Stottern darbot, die durch folgende Erscheinungen characterisirt wurde:

Während einer ersten Periode, deren Dauer von 4—12 Secunden schwankte, macht der Pat. eine Reihe von Exspirationsanstrengungen, bei denen das Gesicht und der Hals anschwellen und das Zwerchfell sowie die Abdominalmuskeln sich spastisch contrahiren.

In einer zweiten Phase treten Rachen- und Oesophaguskrämpfe ein, die eine spastische Schluckbewegung hervorbringen und von einem sehr deutlich auscultirbaren Schluckgeräusch (Glou-Glou) begleitet sind.

Convulsivische Stösse der Lippen und der Zunge folgen der Hervorbringung des Wortes, das manchmal normal klingt, manchmal saccadirt und explosiv, manchmal auch in der gewöhnlichen Weise gestottert.

Alle diese Störungen verschwinden beim Singen und nach schnellem Laufen.

Der Kranke, dessen Vater Potator ist, leidet selbst weder an Alkoholismus, noch an Hysterie.

PAUL RAUGÉ.

92) **Marage. Wie die Taubstummen sprechen. (Comment parlent les sourds-muets.)** *Académie de Médecine. 5. April 1898.*

M. theilt die Vocale in zwei Klassen:

1. die gesprochenen Vocale, bei denen der laryngeale Ton nebensächlich ist; diese sind hauptsächlich durch die Mund-Rachen-Resonanz hervorgebracht;
2. die gesungenen Vocale, bei denen der Kehlkopfton vorherrscht.

Die Taubstummen bieten den Typus der gesprochenen Stimme. Die Kehlkopfnote verschwindet vollständig und es bleibt nur der bucco-pharyngeale Laut.

Die Erklärung lässt sich leicht geben: die Taubstummen lernen sprechen durch das Gesicht; sie sehen die Form, die der bucco-naso-pharyngeale Resonanzraum des Lehrers annimmt. Sie geben ihren Organen die gleiche Form und blasen in ihren Resonanzraum, wie in eine Flasche, ohne dass der Kehlkopf daran einen Antheil hat. So entsteht der Typus der gesprochenen Stimme, die allein durch das Ansatzrohr geliefert wird, die man aber versteht. Die Stimme der Redner und Sänger liefert das Ansatzrohr gleichzeitig mit der Kehlkopfnote; diese versteht und hört man.

Bei manchen Sängern überwiegt die Kehlkopfnote, die Thätigkeit der Resonanzräume tritt zurück; man hört sie, aber versteht sie nicht.

Der Kehlkopf der Taubstummen ist fast stets atrophirt.

PAUL RAUGÉ.

f. Schilddrüse.

93) **Moussu. Parathyroid-Function. (Fonction parathyroidienne.)** *Société de Biologie. 30. Juli 1898.*

M. injicirte thyroidectomirten Pferden Extract von Nebenschilddrüsen und es gelang ihm, dadurch die Thiere Monate lang zu erhalten.

1,5 g des Parathyroidextracts sind erforderlich, um das Auftreten von Krämpfen zu verhüten. Nach einigen Tagen aber erscheinen die Convulsionen wieder und es ist eine neue Injection des Parathyroidextracts nothwendig.

PAUL RAUGÉ.

94) **A. Majewski. Ueber Strumitis dissecans. (Zapalenie gruczotu tarczowego.)** *Gazeta lekarska. No. 44. 1898.*

Bei einer 61jährigen Frau, welche seit vielen Jahren an Struma litt, begann vor 1 Woche an dem vorderen und linken Theile der Halsgegend eine grosse Schwellung, welche den Umfang eines Kindskopfes annahm. Die Haut über derselben hatte normale Farbe und war beweglich, doch stark gespannt. Die Kranke klagte über starke Dyspnoe und Schlingbeschwerden und fieberte bis 38,5°. Einige Tage darauf wurde deutliche Fluctuation in der Geschwulst bemerkt und am zweiten Tage darauf eine breite Querincision vorgenommen, bei welcher eine apfelgrosse Höhle, gefüllt mit grauen Eitermassen, gefunden wurde. Diese eiternde Höhle enthielt theilweise nekrotisirte Strumamassen. Nach der Incision hörte das Fieber auf und die Kranke begann sich besser zu fühlen. Sie starb aber 3 Monate darauf in Folge einer cachectischen Pneumonie.

Bei der Autopsie wurde Phthisis ulcerosa pulmonum, Pneumonia cachecticorum sinistra, Cholelithiasis und Abscessus hepatis constatirt. An der Glandula thyreoidea war der rechte Lobus normal, der linke in eine bindegewebige Masse umgewandelt.

A. v. SOKOLOWSKI.

95) **Hayem** (Paris). **Zur Schilddrüsen-Chlorose. (A propos de la chlorose thyroidienne.)** *Société de Biologie. 23. Juli 1898.*

H. wendet sich gegen die von Capitan und Jeulain aufgestellte Ansicht und hält die von diesen Autoren beschriebene Form der Thyroiderkrankung nur für eine Art von Chlorose, die wie die einfache Bleichsucht auf die gewöhnliche Behandlung hin weicht.

PAUL RAUGÉ.

96) **C. Heath. Klinische Vorlesung über einige Fälle von Schilddrüsencyste. (A clinical lecture on cases of thyroid cyst.)** *Practitioner. September 1898.*

Die moderne Therapie besteht darin, die Cysten zu enucleiren, während früher Jod oder Eisen injicirt wurden. In Fällen von solidem Tumor ist die Injection von Eisen sehr gefährlich.

ADOLPH BRONNER.

97) **Goris. Ueber einen Fall von peritrachealem Retrosternalkropf mit Erstickungsnoth; operirt in extremis; Heilung. Krankenvorstellung und Vorzeigen**

des Tumors. (Sur un cas de goitre péritrachéal et retro-sternal suffocant opéré in extremis. Guérison. Présentation de la malade et de la tumeur.) *Journ. Méd. de Bruxelles. No. 31. 1898.*

Der Titel erklärt den Inhalt.

BAYER.

98) **Comte** (Lyon). **Operation eines Kropfes. (Opération de goitre.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 23. März 1898.*

Vorstellung eines von Jaboulay operirten Kranken. Der Tumor bestand seit 20 Jahren und hatte seit 1 Jahre eine plötzliche Zunahme erfahren. Die Entwicklung fand auf Kosten des medianen Lappens statt. Das Gewicht der Geschwulst betrug 180 g. Der Operateur beabsichtigte anfangs, eine massive intraglanduläre Enucleation zu machen. Bei der Operation aber liess sich die Losschälung nicht durchführen und es musste durch seitliche und hintere Schnitte der Kropf vom gesunden Gewebe getrennt werden.

Bei der histologischen Untersuchung der Geschwulst fanden sich Degenerationsherde, die wahrscheinlich maligner Natur sind.

PAUL RAUGÉ.

99) **Vigouroux** (Paris). **Die Pathogenese und Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Pathogénie et traitement du goitre exophthalmique.)** *Académie de Médecine. 11. Januar 1898.*

Ursachen der Basedow'schen Krankheit erblickt Verf. im Arthritismus und in der Insufficienz der Leber. Desgleichen können infectiöse Krankheiten dieses Leiden hervorrufen, indem sie die Autointoxication begünstigen.

Die Therapie des Morbus Basedowii besteht nach dieser Theorie in

1. Allgemeinbehandlung, umfassend besonders alle hygienischen Maassnahmen;
2. symptomatischer Behandlung, bestehend in Faradisation der Carotis.

PAUL RAUGÉ.

100) **Hutchinson. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 26. November 1898.*

H. lässt 3mal täglich 1 Stunde nach dem Essen 1,5 g Bromkali in $^1/_2$ Glas Wasser nehmen.

LEFFERTS.

101) **G. Vaudey. Behandlung der Basedow'schen Krankheit mittelst Electrolyse. (Traitement du goitre exophthalmique par l'electrolyse.)** *Marseille médical. 1. April 1898.*

Verf. berichtet über 2 eigene Fälle. Die Electrolyse muss positiv sein. Dieselbe führt zu einer Atrophie der Schilddrüse durch Ischaemie, indem die Gefässe obliteriren und das secundär wuchernde retractile Gewebe die zelligen Elemente erdrückt und dadurch die Production der toxischen Secrete beschränkt.

A. CARTAZ.

102) **Combemale** und **Gaudier. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit. Einfluss der Sympathicusresection auf den Exophthalmus und die Tachycardie. (Un cas de goitre exophthalmique; action de la sympathicotomie sur l'exorbitisme et la tachycardie.)** *Gazette hebdomad. Paris. 24. April 1898.*

32jährige nervöse Frau, die stets einen kleinen medianen Kropf hatte. Nach

einer einfachen Bronchitis nahm der Kropf an Umfang zu und es stellten sich die Symptome der Basedow'schen Krankheit ein.

Nach doppelseitiger Resection des Sympathicus verschwanden sofort die Störungen seitens der Augen und der Puls, der 160—200 gezählt hatte, sank auf 90—100 Schläge in der Minute. Die Präcordialangst und die Dyspnoe werden geringer; der Kropf aber verändert seinen Umfang nicht.

A. CARTAZ.

g. Oesophagus.

103) **Heinlein. Nekrose der Speiseröhrenschleimhaut.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 46. 1898.*

Zwei Präparate; das eine von einem an Bulbärmeningitis verstorbenen Manne, das andere von einem, der an Oesophaguscarcinom zu Grunde gegangen war. Oberhalb des letzteren hatte ein Brandherd seinen Sitz. Die Ursache des Brandes in beiden Fällen dürften steckengebliebene Speisetheile gewesen sein.

SCHECH.

104) **Voron** (Lyon). **Gebiss im Oesophagus. Oesophagotomie. (Dentier dans l'oesophage. Oesophagotomie.)** *Soc. d. Sc. Méd. de Lyon. Januar 1898.*

Der Kranke ist bereits vor der Operation vorgestellt worden. Die Operation, die in der Oesophagotomia externa bestand, wurde von Jaboulay gemacht. Der Fremdkörper war 10 cm von der oberen Oeffnung des Oesophagus entfernt fixirt und hatte die Wand daselbst perforirt. Nachdem das Gebiss herausgenommen war, wurden die Schnittflächen des Oesophagus in die Haut eingenäht und die Wunde offen gelassen. 8 Tage später wurde die Fistel geschlossen und der Schluckact ging ohne Schwierigkeiten vor sich.

PAUL RAUGÉ.

105) **Reboul. Fremdkörper im Oesophagus. (Corps étranger de l'oesophage.)** *Société de chirurgie. 25. Mai 1898.*

5 Centimesstück in der Speiseröhre. Operation. Tod durch Pneumonie.

PAUL RAUGÉ.

106) **Earl M. Gilliam. Krankengeschichte eines Falles von Oesophagusstrictur mit Gastrotomie. (Gastrotomy for stricture of the oesophagus with report of case.)** *N. Y. Medical Record. 23. September 1898.*

Verf. betont, dass die Gastrotomie nur ein palliatives Mittel und kein radicales ist; zweitens dass die Aussichten auf Erfolg um so besser sind, je früher operirt wird; drittens, dass nicht für alle Fälle eine einzige Methode passt, sondern für jeden Fall die passende ausgewählt werden muss; und viertens, dass man sehr darauf achten muss, nicht das Colon für den Magen zu halten.

LEFFERTS.

107) **Griffon** und **Dartiques. Krebs der Speiseröhre bei einem früher wegen Nierenkrebs Operirten. (Cancer de l'oesophage chez un ancien opéré de cancer du rein.)** *Société anatomique. 22. Juli 1898.*

Das Carcinoma oesophagi wurde bei der Section eines 50jährigen Mannes gefunden, der 3 Jahre vorher wegen Nierenkrebs operirt worden war.

Die Neubildung an der Speiseröhre communicirte mit dem Ende der Trachea und mit dem linken Bronchus.

Der Kranke war an Bronchopneumonie durch absteigende Infection gestorben.

PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 9. März 1898.

Vorsitzender: H. T. Butlin.

Bericht der Commission zur Untersuchung von Tumoren:

1. Tilley's Fall (Sitzung vom November 1897): Die mikroskopische Untersuchung des Larynx ergiebt Tuberculose.

2. Spencer's Fall (9. Februar 1898): Maligne Geschwulst der Zungenbasis und Epiglottis; Carcinom, wahrscheinlich von dem Oberflächenepithel ausgehend.

Paul Bergengrün (Riga) [mitgetheilt von Prof. Kanthack]: Lepra tuberosa des Kehlkopfes, des Mundes und der Nase; mit Bemerkungen über die Natur und den Ursprung der „Kugeln" und „Riesenzellen".

An einer Reihe von Photogrammen und Zeichnungen zeigt B., dass die Induration und Ulceration im Kehlkopf stark ausgesprochen sind. Die Epiglottis ist häufig ergriffen, während die Ulceration oft längs der Stimmbänder oder unter denselben besonders stark ist. Eine Prädilectionsstelle der Infection ist der Petiolus der Epiglottis. Auch die Taschenbänder sind fast immer erkrankt, entweder infiltrirt oder mit Knötchen besetzt oder ulcerirt. Die Stimmbänder können selbst in Fällen ausgesprochener Erkrankung normal sein. An der Zunge sitzen häufig Knötchen; dieselben können symmetrisch zu beiden Seiten einer tiefen medianen Rinne angeordnet sein. Von einer „Silber-Zunge" spricht man, wenn niedrige discusartige Schwellungen mit einer feingranulären Oberfläche vorhanden sind.

Die Uvula ist oft infiltrirt, ebenso die hinteren Gaumenbögen, während die vorderen intact bleiben können. Kleine Knötchen sieht man in der Mittellinie des Velum und des Gaumens. Wichtig ist das 3lappige Aussehen der äusseren Nase.

Aus seinen histologischen Präparaten hat sich Bergengrün die Ansicht gebildet, dass die „Kugeln" Schnitte durch Bacillenthromben, die in erweiterten Lymphgefässen stecken, darstellen, während die Riesenzellen durch Verschmelzung des wuchernden Endothels der thrombenhaltigen Lymphgefässe entstehen.

Stewart: Ozaena nach Abtragung der unteren Muscheln.

Vorstellung einer Frau, der vor 5 Jahren die unteren Muscheln wegen nasaler Verstopfung und Otitis media total entfernt worden sind. Seit der Operation bestehen in Nase und Nasenrachenraum beständig Krustenbildung und Fötor.

Spicer hält den Beweis, dass es sich hier um Ursache und Wirkung handelt, durchaus nicht für erbracht, da eine Nasenerkrankung bei der Patientin von Kindheit an bestand.

Waggett theilt mit, dass die Frau ausdrücklich angiebt, dass Krusten vor der Operation nicht bestanden.

Stewart erwidert, dass nach der Anamnese der nasale Ausfluss ursprünglich dem entsprach, den man bei hypertrophischer Rhinitis antrifft.

Roughton: Eine diagnostisch zweifelhafte Schwellung im Kehlkopf.

52jähriger Mann mit einer Schwellung der Taschenbänder und der benachbarten Theile, die auf Reizung durch Schwefeldämpfe zurückgeführt wird.

Beale und Thomson halten tuberculöse Erkrankung für wahrscheinlich.

Symonds glaubt an maligne Erkrankung besonders wegen der Anschwellung der Submaxillardrüsen.

Tilley: Mechanische Fixation der Stimmbänder.

43jähriger Mann, der im Anschluss an eine Erkältung an Heiserkeit und Dysphagie und dann an rasch zunehmender Dyspnoe erkrankte, so dass die Tracheotomie gemacht werden musste. An den Aryknorpeln bestand ein erhebliches Oedem und die Stimmbandbewegungen waren träge. Der Pat. vermag auch jetzt noch nicht durch den Larynx zu athmen. Da eine intrathoracische Erkrankung nicht nachweisbar ist, führt T. die Adductionsstellung der Stimmbänder auf eine Fixation der Arygelenke zurück.

Tilley: Doppelseitige Abductorenlähmung ohne ersichtliche Ursache.

49jähriger Mann, der vor 5 Jahren tracheotomirt werden musste wegen einer Annäherung der beiden Stimmbänder an einander, die noch jetzt fortdauert. Weder Tabes noch eine intrathoracische Erkrankung lassen sich nachweisen; T. denkt an die Möglichkeit einer peripheren Neuritis.

Tilley: Eine fluctuirende Geschwulst über dem linken Flügel des Schildknorpels.

Vorstellung eines Knaben von 10 Jahren, der links am Halse bis etwas über die Mittellinie heraus eine ziemlich pralle fluctuirende Geschwulst hat. Dieselbe ist seit 3 Wochen bemerkt.

Butlin bringt den Tumor mit dem Ductus thyro-lingualis in Zusammenhang.

St. Clair Thomson: Beschreibung und Abbildung einer Methode zur Entfernung eines doppelten Angelhakens aus dem Halse von Sir Robert Christison (aus dem Jahre 1819).

Auszug: „Der Haken war doppelt (ein Theil kleiner, als der andere) und hatte sich quer am oberen Theil des Schlundes von vorn nach hinten festgebohrt. Der Faden, an dem er befestigt war, hing zum Munde heraus. Es wurde in die Elfenbeinspitze einer Sonde ein Loch gebohrt, jedoch mit Rücksicht auf die Ungleichheit der beiden Theile des Doppelhakens, den der Knabe nach Grösse und Form gut zu beschreiben in der Lage war, nicht in der Mitte der Sonde. Der Faden, an dem der Haken sass, wurde durch dieses Loch gezogen und dann die Sonde eingeführt. Beide Haken wurden von der Sonde gedeckt und nachdem zuerst ein wenig vorgestossen war, um die Haken zu lösen, wurde das Ganze ohne Mühe herausgezogen. Erheblich erleichtert wurde die Extraction . . . durch die vorangehende Eiterung."

Charters Symonds: Epitheliom des Kehlkopfs.

S. stellt den 55 jährigen Pat. wieder vor, den er am 12. Januar bereits demonstrirt hat. Er hat bei demselben die Totalexstirpation des Kehlkopfs mit theilweiser Entfernung des ebenfalls ergriffenen Pharynx ausgeführt. Die Trachea wurde dicht über der Incisura sterni in die Haut eingenäht. Der Pat., der nach 24 Stunden schon per os ernährt wurde, machte eine ungestörte Reconvalescenz durch. Das Präparat, das S. vorlegt, zeigt ausgedehnte krebsige Infiltration beider Hälften des Kehlkopfs. Vergrösserte Lymphdrüsen wurden nicht gefunden.

David Newman: Sectionspräparat eines Falles von Epitheliom des Kehlkopfs, der 2mal operirt worden ist.

1890 wurde die Thyrotomie gemacht wegen Epitheliom eines Stimmbandes. Bis 1893 wurde kein Recidiv beobachtet; dann wurde ein kaum erbsengrosser Tumor von der vorderen Commissur entfernt. Diesmal blieb der Pat. recidivfrei bis 1897. Um diese Zeit machte sich eine ödematöse Schwellung des Larynx gleichzeitig mit einer Nierenerkrankung bemerkbar. Der Patient starb plötzlich an Larynxödem. Bei der Section fand sich eine epitheliomatöse Ulceration.

David Newman: Papillom des Nasenrachenraums.

Redn. demonstrirt eine hühnereigrosse Geschwulst, die er aus dem Postnasalraum eines jungen Mannes entfernt hat.

Willcocks: Adhäsion des weichen Gaumens an der hinteren Rachenwand.

Vorstellung einer Frau mit alter syphilitischer Narbenbildung am Gaumensegel.

Symonds und Spencer halten einen chirurgischen Eingriff nicht für rathsam, da die Pat. über keine störenden Symptome zu klagen hat.

Walsham stellt einen ähnlichen Fall vor.

Sir Felix Semon: Ein Fall von Rhinitis, Pharyngitis und Laryngitis sicca.

48jähr. Mann mit den Symptomen der atrophischen Rhinitis in der rechten Nasenseite; dieselbe ist ungewöhnlich weit und mit Krusten bedeckt. Von Erkrankung der Nebenhöhlen oder Syphilis ist nichts nachweisbar. Ausserdem besteht eine Pharyngitis und Laryngitis sicca; auf den Stimmbändern sind reichlich Krusten vorhanden.

Das Interesse des Falles liegt in der Einseitigkeit der atrophischen Rhinitis und in der Dauer des Processes, der sich sonst gewöhnlich um das 40. Lebensjahr erschöpft. Auch die Betheiligung des Larynx ist in England ziemlich selten.

Sir Felix Semon: Ein sehr ungewöhnlicher Kehlkopftumor.

Pat., eine Frau von 40 Jahren, war bis vor 10 Jahren gesund; nur litt sie von Zeit zu Zeit an „leichten Krämpfen im Halse“. Vor 10 Jahren bemerkte sie zuerst eine Schwellung in der linken Submaxillargegend. Dieselbe nahm allmälig zu und hat jetzt etwa Wallnussgrösse erreicht. Im Anfang bestand weder Dyspnoe noch Dysphagie. Im Frühjahr und im Herbst pflegte die Geschwulst etwas zuzunehmen. Nach und nach verursachte sie einige Spannung und Druck und schliesslich wurde die Athmung dauernd kurz, während gleichzeitig die früheren Anfälle von Krämpfen im Halse an Stärke zunahmen. Major (Montreal) entdeckte bei der Untersuchung der Pat. einen Kehlkopftumor und versuchte denselben zu punctiren, ohne jedoch Flüssigkeit zu treffen. Die Pat. kam dann nach England und suchte ein Specialkrankenhaus auf, in dem versucht wurde, einen Theil der Geschwulst mit der galvanokaustischen Schlinge zu entfernen. Es scheint danach Oedem aufgetreten zu sein und die Tracheotomie wurde nothwendig; seither — 7 Jahre — trug die Pat. die Canüle. Von der Geschwulst wurde nur ein kleines Stück abgetragen und dieses wurde nach der Untersuchung für „bösartig“ (krebsig) erklärt. An der submaxillaren Schwellung wurde nichts gemacht. Mehr als einmal erfuhr diese Schwellung vorübergehend eine erhebliche Grössenzunahme, die mit starken durchschiessenden Schmerzen im Hals, in den Kiefern und nach den Ohren verbunden war. Dysphagie bestand niemals und die Stimme ist überraschend klar und kräftig.

Bei Untersuchung der äusseren Geschwulst in der linken Submaxillargegend fühlt sich dieselbe sehr gespannt an und jeder Druck auf sie in der Richtung nach innen ruft sofort Würgen und Husten hervor. Der Tumor ist mit der Haut nicht verwachsen und lässt sich ein wenig nach verschiedenen Richtungen verschieben, scheint aber mit einem tiefer gelegenen Gebilde zusammenzuhängen. Die benachbarten Drüsen sind nicht geschwollen. Bei der laryngoskopischen Untersuchung erscheint fast das ganze Gesichtsfeld erfüllt von einer enormen Geschwulst der linken Kehlkopfhälfte, die fast bis an den freien Rand der Epiglottis und nach unten bis zum linken Aryknorpel reicht. Alle Theile des Kehlkopfs innerhalb dieses Bereichs sind, wie es scheint, in dieser glatten runden Geschwulst, die von einer anscheinend normalen Schleimhaut bekleidet ist, aufgegangen. Von der Epiglottis selbst ist nicht viel mehr, als der freie Rand zu sehen, der ganz nach rechts herumgedreht ist. Von diesem schmalen Rest springt nach unten an der

dorsalen, wie an der ventralen Fläche der Tumor vor, der das Taschenband, das Lig. ary-epiglotticum und den Aryknorpel umfasst. Rechts von dieser Geschwulst ist noch eine enge Rinne zurückgeblieben, die nach rechts von dem rechten Taschenband begrenzt wird. Die Stimmbänder sind nicht zu sehen. Der rechte Aryknorpel bewegt sich gut, während die linke Kehlkopfhälfte fast ganz still steht. Beim Berühren der Geschwulst mit der Sonde hat man das Gefühl einer elastischen Consistenz. Der Befund, d. h. das Bestehen dieser verhältnissmässig riesigen Geschwulst ist um so überraschender, als die Stimme fast völlig natürlich klingt.

Newman hält den Tumor für ein Sarcom, ein Fibrom oder fibrocystisch.

Symmonds räth zur Operation.

de Santi ist der Meinung, dass die Anamnese nicht für ein Sarcom spricht.

Butlin hält die Operation für möglich. Der äussere Tumor bewegt sich mit dem Zungenbein und kann mit der Schilddrüse in Zusammenhang stehen.

Bronner: Localisirte Verdickung der Interarytaenoidfalte tuberculösen Ursprungs.

B. hat eine Frau in Behandlung, die seit 7 Jahren permanent heiser ist. Dieselbe leidet an einer interarytaenoidalen Verdickung. Die angewandten Applicationen haben keine dauernde Besserung gebracht, obgleich auch mit der Zange und dem Galvanokauter mehrfach eingegriffen wurde. Der Zustand ist noch derselbe wie vor etwa 4 Jahren. Durch die mikroskopische Untersuchung ist der tuberculöse Charakter der Schwellung festgestellt worden. Andere Zeichen von Tuberculose sind nicht vorhanden. Redn. befragt die Versammlung darüber, ob 1. diese Fälle von chronischer Verdickung der Interarytaenoidalfalte oft tuberculös sind und 2. ob bei ihnen die Gefahr der Ausbreitung der Krankheit besteht.

Tilley und Spencer äussern sich dahin, dass es für den Verlauf derartiger Fälle am besten ist, wenn man sie sich selbst überlässt.

de Santi: Operation wegen ausgedehnter Adhäsion des Gaumensegels.

Der Fall betrifft eine Frau, die seit ihrer Kindheit in dem Krankenhaus beobachtet worden ist. Dieselbe leidet unzweifelhaft an congenitaler Lues, hat nach ihrer Ehe ebenso ohne Zweifel eine frische Lues acquirirt und hat einem syphilitischen Kinde das Leben gegeben. Das Velum war fest mit der hinteren Rachenwand verwachsen, der Nasopharynx vollständig abgeschlossen. Die Pat. litt an starken Schmerzen in der Gegend des Warzenfortsatzes. Es gelang Redn., an der rechten Seite das Narbengewebe mit der Scheere abzulösen; den Lappen, den er auf diese Weise gewann, befestigte er vorn am harten Gaumen. Eine Wiederverwachsung fand nicht statt und die Beschwerden der Pat. sind geschwunden.

de Santi: Exostose der rechten Stirnhöhle mit Drucksymptomen.

Redn. stellt einen Patienten vor, der seit 5 Jahren eine grosse, bewegliche Exostose hatte, die den rechten Sinus frontalis ausdehnte. Erst in der letzten Zeit, als sich ein Abscess in der Gegend des inneren Winkels bildete, traten störende Symptome auf.

de Santi: Syphilitische Periostitis der Stirn.

Vorstellung eines Mannes mit einem syphilitischen Knoten unmittelbar über der Articulatio fronto-nasalis. Der Pat. hatte früher eine doppelseitige symmetrische Schwellung der Parotisgegend gehabt, die unter Jodbehandlung vergangen ist.

Lawrence: Maligne Geschwulst der Unterlippen.

61jähriger Mann mit einer malignen warzigen Geschwulst.

Lawrence: Mandelschwellung nach der Tonsillotomie.

Vorstellung eines Pat., der seit Jahren über seinen Hals klagte. Im vorigen November wurden demselben die hypertrophischen Mandeln herausgenommen. Seitdem sind die Mandeln bereits wieder hypertrophirt und gleichzeitig die Halsdrüsen angeschwollen.

Butlin und Semon glauben, dass es sich in diesem Falle um eine Mischung von Syphilis und Tuberculose handelt.

Spencer hält es für rathsam, auf Diphtheriebacillen zu untersuchen.

Lake: Schneidende Kehlkopfzange.

Demonstration einer Doppelcurette zur Behandlung von Kehlkopftuberculose (vergl. Journal of Laryngology, Mai 1898).

Lambert Lack: Fall von Phthisis und geheilter Kehlkopftuberculose.

19jähriges Mädchen mit den Symptomen einer Lungenphthise; Tuberkelbacillen wurden im Sputum nachgewiesen. Auf dem rechten Stimmband und Taschenband waren blassrothe Granulationen zu sehen. Nach einer 2monatlichen Behandlung mit der Curette und Milchsäure waren die laryngealen Erscheinungen vollständig beseitigt und diese Heilung hat jetzt bereits seit 18 Monaten Bestand. Die Lungensymptome haben keinen Fortschritt gemacht und der Allgemeinzustand ist ein gleichmässig guter.

Berichtigung zum Bericht über die Sitzung vom 9. Februar 1898.

Sir Felix Semon ist irrthümlicher Weise die Behauptung in den Mund gelegt worden (gelegentlich des Falles von Spencer), dass er sich keines Falles von Heilung nach der Pharyngotomia subhyoidea entsinne. Thatsächlich sagte derselbe, dass nach Sendziak's Tabellen 50 pCt. der so operirten Carcinomfälle letal endigen.

Sitzung vom 13. April 1898.

Vorsitzender: H. T. Butlin.

Wingrave: Epiglottiscyste.

13jähriges Mädchen, dem vor 4 Jahren die Mandeln herausgeschnitten wurden; damals ist nichts Anormales im Larynx bemerkt worden. Jetzt sieht man auf der hinteren Fläche der Epiglottis eine klein-kirschgrosse Geschwulst.

Edward Law hat solche Tumoren öfters nach der Tonsillotomie beobachtet und hält es für möglich, dass hier ein Zusammenhang mit dem Trauma besteht.

Wingrave: Chronische Pharyngitis.

Vorstellung eines Mannes von 26 Jahren mit chronischer eitriger Otitis media. Die Untersuchung des Rachens erwies eine beiderseitige symmetrische Verdickung, welche hinter den hinteren Gaumenbögen beginnend nach der Mittellinie in der Höhe des Velums hin zog. Die Anamnese bezüglich congenitaler Syphilis war etwas zweifelhaft.

Spicer glaubt, dass eine Adhäsion zwischen hinterem Gaumenbogen und Rachenwand vorhanden ist.

Grant führt den Zustand auf Hyperplasie der Salpingopharyngeal-Falten zurück.

Hill meint, dass eine Adhäsion der Plica salpingo-pharyngealis an dem hinteren Gaumenbogen vorliegt.

Law vermuthet ein Gummi der seitlichen Rachenwand.

St. Clair Thomson hat beobachtet, dass ein Gummi der Luschka'schen Tonsille durchbricht und eine derartige Verdickung in der Höhe des Velums zurücklässt.

Dundas Grant: Modification des Baratoux'schen electrischen Laryngophantoms.

An Grant's modificirtem Phantom ist die Schwierigkeit beseitigt, die in der Auswahl der mit den numerirten Stellen des Phantoms verbundenen Drähte gelegen war. G. hat ein Bild des Larynx auf einer Elfenbeinplatte hinzugefügt und die einzelnen Punkte dieses sind mit den entsprechenden Stellen des Kehlkopfmodells durch Kupferröhren verbunden. Man hat nun den Draht nur mit einem bestimmten Punkte auf der Platte zu verbinden.

Dundas Grant: Ein Fall von Empyem der Stirnhöhle geheilt durch die Ogston-Luc'sche Operation.

Pat. ist ein Gichtiker von 40 Jahren, der seit 6 Monaten an foetidem Ausfluss aus der linken Nasenseite und Schmerzen in der linken Regio frontalis litt. Empyem der Kieferhöhle wurde ausgeschlossen; dagegen ergab die Durchleuchtung eine relative Mattigkeit der linken Stirnhöhle. Eine Zeit lang wurde eine Besserung erzielt durch Cocainisirung der mittleren Muschel und durch die Anwendung des Politzer'schen Verfahrens unter Verschluss der Ohren und des linken Nasenloches bei Aussprache der Laute „ee".

Später wurde die Operation nach Ogston-Luc gemacht. Die Wunde an der Stirn heilte per primam. Die ersten Tage wurde mittelst einer Glasspritze, die an das Ende des Drainrohres angesetzt wurde, ein klein wenig Eiter ausgesogen. Nach einer Woche wurde ein feines Rohr durch das Drain eingeführt und eine Irrigation vorgenommen. Am 10. Tage konnte das Drainrohr entfernt werden. Der Pat. ist jetzt ohne Schmerz und ohne Ausfluss.

Wingrave: Mikroskopische Präparate vom Gewebe der Stirnhöhle.

Die Schnitte zeigen ein kleinzelliges, lymphoides Gewebe, das Knötchen enthält, ähnlich den gewöhnlichen adenoiden Wucherungen.

St. Clair Thomson wünscht von pathologischer Seite eine Erklärung dafür, dass das gleiche adenoide Gewebe in der Stirnhöhle, in den Hypertrophien der Arygegend und in vergrösserten unteren Muscheln vorhanden ist.

Spencer ist der Ansicht, dass lymphadenomatöses Gewebe sich nach chronischer Reizung entwickelt und in einem gewissen Sinne einen Vorläufer von Eiterung darstellt. Es können Schwierigkeiten bestehen, tuberculöse Depots und Lymphadenom auseinanderzuhalten.

Pegler hat in anderen Fällen nur Granulationsgewebe in den Stirnhöhlen gefunden.

Symonds erwähnt einen Fall von Stirnhöhlenerkrankung, der in Lungentuberculose ausging.

Wingrave hält Tuberkel für ausgeschlossen wegen der grossen Aehnlichkeit dieser Präparate mit dem normalen Mandelgewebe und wegen der regulären Gruppirung der Knötchen.

Spencer: Oedematöse Hypertrophie der Aryknorpel.

Redn. stellt einen 47jährigen Mann vor, der seit über 1 Jahr an einer Kehlkopfaffection litt, die als ein ungewöhnlicher Zustand von Oedem angesehen wurde. Die zunehmende Dyspnoe drängte auf eine extralaryngeale Operation hin und es wurde die Thyreotomie gemacht. Bei der Eröffnung des Larynx sah man beide Aryknorpel zu Daumendicke angeschwollen, mit glatter Oberfläche. Der Rest des Kehlkopfs schien gesund. Die Geschwülste wurden mit der Scheere abgetragen; der Schnitt ging durch die Spitze des Knorpels. Der Pat. ist seit 1 Jahre gesund geblieben und das Kehlkopfbild ist jetzt fast normal.

Mikroskopisch boten die Geschwülste das Bild eines weichen, ödematösen Fibroms; sie waren mit normalem Epithel bekleidet und enthielten Gruppen von Schleimdrüsen. Redn. vergleicht den Krankheitsprocess mit der gewöhnlichen Hypertrophie der unteren Muschel.

Yearsley: Papillom der Nasenscheidewand.

20jähriger Mann, der seit 3 Monaten über Schmerzen in der rechten Nasenseite mit zunehmender Verstopfung derselben klagte. Es fand sich bei der Untersuchung ein Tumor an dem knorpligen Septum $^3/_4$ Zoll vom Vestibulum nasi. Derselbe wurde entfernt und erwies sich als ein Papillom mit sehr feinen Fimbrien.

Lambert Lack: Laryngealer Stridor und Nasenverstopfung.

Redn. zeigt ein schwächlich entwickeltes Kind von 5 Monaten mit krähender Athmung, die seit der Geburt besteht. An der oberen Apertur des Kehlkopfes ist keine Abnormität zu bemerken. Dagegen besteht fast vollständiger Verschluss



der Nasenpassage. Der Stridor verstärkt sich im Schlaf und hat den Charakter eines echten Kehlkopfstridors. Es soll eine gründliche Untersuchung in Narkose vorgenommen werden. Ernest Wagget.

---

b) Sitzungsberichte der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte in Budapest.

III. Sitzung vom 31. März 1898.

Vorsitzender: v. Navratil, später Böke.

Secretär: Polyák.

1. Polyák: Fall von Chorditis vocalis inferior hypertrophica.

15 Jahre altes Mädchen ist seit 4 Jahren heiser. Seit 8—9 Monaten stenotisches Athmen. Glottis 2 mm breit, der subglottische Raum mit dunkelbraunen, trockenen Krusten ausgefüllt. Am 12. März Tracheotomia inferior bei Schleich-scher Infiltrations-Anästhesie.

Seit dieser Zeit fühlte sich Pat. wohler, Irritationserscheinungen und Krustenbildung im Kehlkopfe haben aufgehört und nun ist die diffuse, bei Sondenberührung sehr harte Verdickung der unteren Flächen der Stimmlippen deutlich sichtbar.

Vortr. hält die Verdickung für Sclerom, obwohl irgend ein scleromatöser Process an der Nase oder im Nasenrachen nicht nachweisbar ist. Seinerseits wäre er für die Fissur des Larynx mit gründlicher Entfernung alles Kranken; ist dies geschehen und sind die excidirten Theile mikroskopisch untersucht, dann werde er über den Fall weiter Bericht erstatten.

Némai hält den Fall nicht für Sclerom.

Baumgarten: Es lässt sich schwer entscheiden, ob der Fall Sclerom ist, da die Luftröhre auch stenotisch, konisch verengt ist. Ich halte die Excision nicht für nothwendig, da wir durch Intubation oder Dilatation ein volles Resultat in 2—3 Wochen erreichen können.

Polyák: In Ermangelung der histologischen Untersuchung ist er auf dem Wege der Exclusion zur Diagnose des Scleroms gekommen. Gegen entzündlichen Ursprung sprach die allzu harte Consistenz der Gewebe. Gegenüber den Bemerkungen Baumgarten's nehme er denselben Standpunkt ein, welchen in der vergangenen Sitzung v. Navratil präcisirt hat und wende die Dilatation nur dort an, wo sie zu vollständiger Heilung führen kann, also bei Stenosen entzündlich-hypertrophischen Ursprungs. Das Sclerom bessert sich auf Dilatation aber nur vorübergehend und eine Heilung ist hier nur von einem radicalen Eingriffe zu erwarten.

Baumgarten: Ich kenne Scleromfälle, welche 5 bis 6mal operirt wurden und stets wiederwuchsen und kenne auch Fälle, welche nach der Dilatation Jahre lang stillstanden; wächst die Geschwulst nach, dann muss wieder intubirt werden; dies ist, methodisch ausgeführt, von der besten Wirkung.

v. Navratil: Da sich Herr Polyák im Verlaufe der Discussion auf ihn berufen hat, will er seinen Standpunkt klarlegen. Bei dem wirklichen Sclerom erwarte ich von der Dilatation keinen dauernden Erfolg; nur kommt es vor, dass Bindegewebshypertrophien mit Sclerom verwechselt werden. Haben wir mit einfachen Hypertrophien zu thun, dann soll die Dilatation mit kleinen Tuben oder im Anfange eventuell mit Bougies vorgenommen werden; die Schrötter'schen Bolzen sind zu diesem Zwecke weniger geeignet, als die O'Dwyer'schen Tuben. Bei wirklichen Scleromen ist aber die Excision indicirt; stellt sich nach der Operation Recidiv ein, dann ist eben nicht alles Krankhafte entfernt worden.

Das isolirte Sclerom kommt im Kehlkopfe nur sehr selten vor; er habe in 32 Jahren im Ganzen 3 Fälle gesehen.

Was die Diagnose des Scleroms betrifft, so ist diese heute in der Cocainanästhesie mit der Sondenuntersuchung leichter zu stellen.

2. Polyák: Mit Hilfe der Langenbeck'schen Temporärresection operirter Fall eines von der rechten Kieferhöhle auf die rechte untere Muschel ausgebreiteten Sarcoms.

Die 45 Jahre alte Pat. ist in der Sitzung vom 24. Februar unter dem Titel: „Bösartige Neubildung in der rechten Nase" vom Vortr. demonstrirt worden. Die histologische Untersuchung hat die Diagnose auf „Sarcoma fusocellulare myxomatodes" festgestellt.

Am 10. März Operation in Chloroformnarkose. Die Operation wurde von Herrn Prim. Dr. Lüdvik ausgeführt. Nach Durchtrennung der Schleimhaut der Kieferhöhle fielen aus dieser Höhle mehrere grössere, cystisch degenerirte und dicken Schleim enthaltende weiche Polypen vor. Die Höhle selbst war mit einer blass-rosafarbigen, weichen, markigen Geschwulst ausgefüllt, die Geschwulst usurirte die nasale Wand der Höhle, resp. bildete sie auch zu einer Geschwulstmasse um und ging von hier auf die benachbarte untere Muschel über, deren enorme Vergrösserung und sarcomatöse Degeneration verursachend. Die Geschwulst wurde aus dem Antrum und der Nase unter starker Blutung mit dem Finger losgelöst und der letzte, dem hinteren Ende der unteren Muschel entsprechende und wegen seiner Grösse in die Choane eingekeilte Theil zuletzt auf die Weise exstirpirt, dass derselbe mit dem rechten Zeigefinger durch den Nasenrachenraum zuerst in die Nase zurückgeschoben und dann von hier aus entfernt wurde. Nach Ausräumung der Geschwulsttheile ist die usurirte Knochenpartie der lateralen Nasenwand mit dem scharfen Löffel energisch ausgekratzt worden. Die Nasenschleimhaut war an den übrigen Stellen glatt und intact. Nach Tamponirung der Nasenhöhle ist der Lappen zurückgebogen und angenäht worden.

Der Wundverlauf war tadellos, Pat. fühlt sich seither wohl, die Wunde der curettirten Knochenwand ist jetzt verheilt und mit Epithel bedeckt.

3. Baumgarten: Geschwüre des harten Gaumens.

Pat. wurde in der Januarsitzung vorgestellt und hat seither eine energische Inunctionscur durchgemacht, so dass bereits Stomatitis mercurial. vorhanden ist. Die Geschwüre haben sich aber absolut nicht geändert; Lues ist daher ebenso wie Tuberculose ausgeschlossen, die Natur der Geschwüre nicht zu eruiren.

Polyák: Ich habe den Fall für Lues gehalten, heute verliert diese Supposition an Wahrscheinlichkeit. Das Bild, das klein-knotige Aussehen, spricht, wenn wir Lues ausschliessen, dafür, dass das Leiden doch lupös sein muss.

Baumgarten: In den curettirten Theilen sind weder Riesenzellen, noch Bacillen gefunden worden.

4. Baumgarten: Blutender Septumpolyp.

Pat. kam vor mehreren Jahren wegen profuser Blutung aus der linken Nase in Behandlung.

Links vorn am Septum eine halbmandelgrosse, grauröthliche, schon bei Berührung blutende Geschwulst, die ausgekratzt wurde, aber bald recidivirte. Mikroskopische Untersuchung ergab Myxom, bei einem anderen Pathologen Myxosarcom. Die Geschwulst wurde einigemale ausgekratzt, recidivirte aber wieder; bald war der Tumor auch auf der anderen Seite zu sehen. Vortr. schnitt dann endlich im Septum die ganze Geschwulst aus, die Ränder wurden mit dem Galvanokauter einige Male nachträglich gebrannt, wodurch ein fast kreuzergrosses Loch vorne im Septum cart. entstand. Seit 3 Jahren keine Recidive und keine Blutung, die Perforation ist kleiner, Pat. ist gesund.

5. Baumgarten: Recurrenslähmung bei einem 5jährigen Kinde.

Recurrenslähmungen kommen bei Kindern zuweilen vor, doch eine so klassische Lähmung, wie diese, kann man selten beobachten. Das linke Stimmband steht unbeweglich in der Cadaverstellung, das rechte macht regelmässige Excursionen, erreicht aber nicht, wie beim Erwachsenen, bei der Phonation das kranke Stimmband, da es nicht über die Mittellinie hinaus bewegt wird. Das Kind ist heiser und hustet eigenthümlich. Dieser Zustand soll 3 Jahre bestehen. Innere Organe normal. Aus Erfahrung bei den Sectionen wissen wir, dass solche Lähmungen durch Bronchialdrüsen, die den Recurrens drücken, verursacht werden.

6. Winkler: Elephantiasis labiorum oris.

U. S., 45 Jahre alt, Arbeiter. Seit 8 Jahren krank, starker Raucher, hat viel an Zahnkrankheiten gelitten. Ober- und Unterlippe, besonders letztere stark gewulstet, hochgradig vergrössert; an den Mundwinkeln bei Palpation drüsig anzufühlen. Leukoplakie der Schleimhaut der Mundwinkel, Wangen und Zungenränder. Lues nicht nachweisbar.



Sitzung vom 28. April 1898.

Vorsitzender: v. Navratil.

Secretär: Polyák.

1. Morelli: Fall von Chorditis haemorrhagica.

39jährige ledige Köchin leidet seit einigen Jahren wiederholt zur Winterzeit an trockenem Husten, Halsschmerzen, erschwertem Schlucken und Sprechen. Ihre jetzige Erkrankung entstand vor 8 Tagen mit Suffocation, Heiserkeit, starkem Husten, besonders in der Nacht; zweimal spuckte sie auch Blut. Bei der laryngoskopischen Untersuchung zeigt sich der Kehlkopf und die Luftröhre von dickem, klebrigem Schleim bedeckt. Stimmritze und Stimmbänder sind von demselben, wie von einem Netze überzogen. Am 3. Tage wurden echte und falsche Stimmbänder purpurroth, sammetartig und mit Blutgerinnsel bedeckt, was sich am Tage zuvor angeblich in blutigem Sputum ankündigte. Dieser Zustand hielt bis zum 30. an, wo ich Pat. zuletzt sah; heute ist das Blutgerinnsel bereits verschwunden, die Stimmbänder sind wohl lebhaft geröthet, jedoch nicht aufgelockert, nicht sammetartig.

Die Chorditis haemorrhagica entsteht meinen Erfahrungen nach gewöhnlich zuerst in Gestalt eines trockenen Catarrhs, wie dies auch Gottstein constatirte; und die Hyperämie und Blutung kann ausnahmsweise vielleicht durch den starken Husten und Erschütterung ausgelöst werden. Diese Blutung wurde zuerst durch den geehrten Vorsitzenden, Herrn Prof. v. Navratil beschrieben und zwar im Jahre 1871, jedoch bereits in dem Stadium, wo die Stimmbänder mit dunkelbraunen Blutcoagula bedeckt waren, nach deren Entfernung mit dem Pinsel das Stimmband roth saturirt, geschwollen erschien. Darum benannte er mit Recht dies Bild als Chorditis haemorrhagica. Dessen hat Strübing leider nur flüchtig, andere hingegen überhaupt keine Erwähnung gethan.

Zwillinger hält es für möglich, dass die Blutung auf mechanischem Wege verursacht wurde und dass hier keine Laryngitis haemorrhagica sensu strictiori vorlag, da die Laryngitis haemorrhagica die Bezeichnung nur für jene acute Laryngitiden ist, bei welchen das Bild durch die Blutung modificirt wird. In diesem Falle aber ist auch eine trockene Laryngitis vorhanden gewesen.

Baumgarten ist derselben Meinung wie Zwillinger und hält nur jene Fälle für Laryngitis haemorrhagica, wo die Blutung das einzige Symptom ist; sobald eine Laryngitis sicca vorliegt, kann die Laryngitis haemorrhagica ausgeschlossen werden.

v. Navratil: Den ersten Fall in der Literatur habe ich noch im Jahre 1869 beschrieben. Bei dem Pat. bestand seit 1—2 Tagen eine acute Laryngitis. Ich habe der Erkrankung deshalb den Namen Chorditis haemorrhagica gegeben, weil ich nach der Ablösung der Blutgerinnsel, welche an den Stimmlippen deutlich sichtbar waren, an einzelnen Punkten wieder Blutungen sah mit nachfolgender Gerinnselbildung; nach energischer Pinselung lösten sich diese Gerinnsel wieder

los und die Blutung trat wieder ein. Ein solches acutes Leiden, wie ich es öfter beobachtet habe, dauert 10—15 Tage bis das purpurrothe angeschwollene Stimmband wieder normal wird.

Ich habe immer nur ganz selbständige Fälle von acuter Chorditis haemorrhagica beobachtet. Was die Blutungen betrifft, so ist es Nebensache, ob sie von einer oder von mehreren Stellen oder auch von der ganzen Oberfläche erfolgen; hierdurch wird weder die Diagnose noch das Wesen des Processes verändert, höchstens der Grad der Erkrankung bezeichnet.

Morelli: Ich denke nicht, dass mein Fall der Meinung von Strübing widerspricht, da Strübing selbst Fälle beschreibt, wo catarrhalische Laryngitis mit Schleimsecretion vorlag. Ich bin geneigt, der Ansicht von Gottstein beizustimmen, dass eine acute Chorditis sicca Kehlkopfblutungen verursachen kann und dass bei solchen Processen Gravidität und Menstruation auch eine Rolle spielen können. Im vorliegenden Falle ist die Menstruation aber noch vor der Kehlkopfblutung abgelaufen und die Pat. ist auch nicht gravid.

2. Morelli: Ein Fall von Bronchialstein.

Der demonstrirte Stein stammt von einer 34jährigen Frau, deren Eltern gesund sind. Pat. leidet seit Jahren an trockenem Nasen-, Kehlkopf- und Luftröhrencatarrh, welcher hauptsächlich zur Herbstzeit sich wiederholte. Die gut entwickelte Pat. erkrankte am 14. December v. J. an Influenza; Schluckschmerzen, ausstrahlende Schmerzen gegen das Ohr, Abgeschlagenheit, Fiebergefühl ohne nachweisbare Temperaturerhöhung waren die Begleiterscheinungen. Am 19. trat Schüttelfrost mit 39° Fieber, heftiges Stechen in der rechten Brusthälfte hinzu. Geringer Hustenreiz, geringes Blutspucken. Auscultation und Percussion zeigen keine Abweichung von der Norm. Das Fieber bestand in Begleitung wandernder Schmerzen und morgendlicher Remissionen bis zum 26., wo Pat. unter Erscheinungen heftigen Hustens und Suffocation den Stein aushustete. Einige Minuten darauf trat eine heftige Blutung auf, wobei 40—50 g Blut kamen. Die blutige Expectoration dauerte 4 Tage und wiederholte sich in geringem Maasse am 6. Tage abermals. Nach Entfernung des Steines sank die Temperatur bis nahe zur Norm, am 4. Tag war die Morgentemperatur bereits unter 37°.

Am demonstrirten Stein, welcher die Form und die Grösse einer kleinen Maulbeere besitzt, ist eine weisse Linie sichtbar, ein Bruchstreifen, aus welchem Befunde ich mir zu folgern erlaube, dass noch ein Theil des Steins zurückgeblieben ist und bloss der vorstehende grössere Theil abbrach. Der Stein war von missfarbigem, übelriechendem Secret bedeckt. Ueber üblen Geruch während des Ausathmens klagte Pat. bereits $1^1/_2$— 2 Jahre. Die chemische und bakteriologische Untersuchung des Steines wird nachträglich Prof. Pertiz ausführen.

3. Zwillinger: Fall von Cyste des praehyoidealen Schleimbeutels.

H. B., 32 Jahre alter Drechsler, giebt an, dass er seit beiläufig 4 Wochen an seinem Halse einen Knoten bemerkt, welcher langsam an Grösse zunimmt, anderweitig aber keine Beschwerden verursacht.

Vorn am Halse, beiläufig in der Mitte zwischen dem oberen Schildknorpelrande und Zungenbein, befindet sich eine circa wallnussgrosse, rundliche, mit normaler Haut bedeckte Geschwulst; dieselbe ist von gleichmässiger, glatter Oberfläche, elastisch fluctuirend, die Haut über derselben ist verschiebbar, die Geschwulst selbst in kleinen Excursionen nach beiden Seiten zu bewegen. Im Larynx geringe Symptome eines Catarrhs. Die Halsdrüsen sind normal.

Entweder haben wir es mit einer Cyste des zwischen Incisura super. des Schildknorpels und dem Zungenbein constant vorkommenden, auf der Mitte des Lig. hyothyreoideum befindlichen Schleimbeutels zu thun, oder aber mit einer vereiterten Lymphdrüse. Ich erlaube mir den Kranken deshalb jetzt vorzustellen, damit die sehr geehrten Fachgenossen ihre Meinung bezüglich des zu befolgenden Verfahrens abgeben, da es ja bekannt ist, dass Exstirpation, Punction und Injection reizender Lösungen in diesen Fällen kein befriedigendes Resultat ergeben.

Morelli schlägt die Probepunction vor, um die Natur der Cyste feststellen zu können und somit über die weitere Behandlung entscheiden.

Némai hält die Entfernung der Geschwulst für angezeigt.

v. Navratil.

III. Briefkasten.

Gründung einer dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

In Kopenhagen hat sich eine dänische oto-laryngologische Gesellschaft gebildet, zu deren Vorsitzendem unser verehrter Mitarbeiter, Dr. Schmiegelow gewählt worden ist.

Vorstand der Londoner Laryngologischen Gesellschaft.

Der Vorstand dieser Gesellschaft ist gegenwärtig folgendermassen zusammengesetzt:

Präsident: Dr. F. de Havilland Hall.
Vicepräsidenten: Dr. A. Bronner und Mr. W. Stewart.
Schatzmeister: Dr. Clifford Beale.
Archivar: Dr. Dundas Grant.
Secretäre: Dr. W. Hill und Dr. Lambert Lack.
Beiräthe: Dr. E. Law.
Mr. W. Spencer.
Dr. Milligan.
Mr. Bowlby.
Dr. Tilley.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. **Berlin, Juni.** **1899. No. 6.**

I. Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

(Nach einem am 2. April 1899 vor der Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg gehaltenen Vortrag.)

Von

Felix Semon.

Die beiden im Titel genannten Fragen verdienen die ernsteste Beachtung aller Betheiligten. Die erste hat seit fast 20 Jahren periodisch zu Erörterungen der unerfreulichsten Art geführt, ohne dass sie bis heute dauernd erledigt wäre. Die zweite hat freilich erst in neuerer Zeit ein aktuelles Interesse gewonnen, dürfte aber für die weitere Entwicklung der Laryngologie in der nächsten Zukunft von wesentlichster Bedeutung sein.

Der ermüdende Kampf um die Gleichberechtigung unserer Specialität mit anderen Zweigen der Medicin bei den internationalen Congressen ist fast immer einzelnen Personen und Fachblättern überlassen geblieben; in seltenen Fällen nur hat eine einzelne Fachgesellschaft oder eine Vereinigung von Universitätslehrern in ihm Stellung genommen; eine wirklich imposante Aeusserung der öffentlichen Meinung aber ist bisher niemals erfolgt.

Was die zweite Frage anlangt, so fehlt es in noch höherem Maasse an einer derartigen Aeusserung. Alles was bisher darüber öffentlich gesagt worden ist, stellt völlig individuelle Anschauungen einzelner Specialisten dar und welches die wirkliche Meinung aller oder doch der Mehrzahl der Fachgenossen über sie ist, dürfte im Augenblick niemand mit Sicherheit sagen können.

Angesichts der Wichtigkeit beider Fragen aber scheint es gegenwärtig, wo wir in den Fachgesellschaften, die nunmehr fast allerorts bestehen, Mittelpunkte

für die Sammlung der Ansichten besitzen, dringend wünschenswerth, endlich einmal darüber Klarheit zu gewinnen, welches denn eigentlich die öffentliche Meinung ist.

Die folgenden Betrachtungen seien daher allen Fachgenossen, ganz besonders aber den Vorsitzenden laryngologischer und otologischer Gesellschaften zur geneigten Beachtung empfohlen. Der Herausgeber des Centralblatts erlaubt sich, denselben den Vorschlag zu unterbreiten, die beiden im Titel genannten Fragen in der ihnen geeignet erscheinenden Form im Schoosse ihrer Gesellschaften zur Discussion zu bringen und am Schlusse derselben die Meinung der Majorität durch Abstimmung festzustellen. Diese Abstimmung sollte womöglich allerorts eine namentliche sein; denn wenn je in einer Frage, so dürfte besonders bei der zweiten hier angeregten der Grundsatz zutreffen, dass man die Stimmen nicht nur zählen, sondern auch wägen müsse. Das Centralblatt wird gern die betreffenden Resolutionen nebst der Liste der Stimmenden zum Abdruck bringen und schliesslich eine Zusammenstellung der erzielten Resultate geben. Auf Grundlage dieser dürfte es dann möglich sein, auf dem im nächsten Jahre bevorstehenden Pariser Congresse zu einer Verständigung darüber zu gelangen, welches die Wünsche der Majorität der Specialisten beider Fächer sind und in welcher Form dieselben den Organisationscomités späterer Congresse zu übermitteln sind. Bisher haben diejenigen, die für die Gleichberechtigung der Laryngologie mit anderen Specialitäten und für ihre selbstständige Stellung bei diesen Gelegenheiten eingetreten sind, sich stets bereits gefassten Beschlüssen gegenüber gefunden, die dann nur mit grosser Mühe verändert oder rückgängig gemacht werden konnten. Unsere Aufgabe für die Zukunft muss es sein, die Fassung solcher Beschlüsse von vornherein zu verhüten.

Mit dem Vorschlag, den obige Zeilen enthalten, ist selbstverständlich nicht beabsichtigt, die einschlägigen Meinungsäusserungen auf den Kreis der Specialgesellschaften zu beschränken. Der Briefkasten des Centralblatts wird gern denjenigen Collegen offen stehen, welche sich für diese Fragen interessiren und nicht die Gelegenheit haben, ihre Anschauung in einer fachgenössischen Gesellschaft zum Ausdruck zu bringen. Jede sachliche Aeusserung wird der Herausgeber um so lieber zum Abdruck bringen, als er sich bewusst ist und ausdrücklich zu betonen wünscht, dass die im zweiten Theile dieses Artikels geäusserten Ansichten nur der Ausdruck seiner eigenen, ganz persönlichen Meinung sind: er wünscht nichts dringender, als auch gegnerische Ansichten im Centralblatt zum Worte kommen zu lassen.

Der erste Theil der folgenden Ausführungen bringt nur die zum Verständniss der Sachlage erforderlichen historischen Daten, für deren objective Richtigkeit der Herausgeber Bürgschaft übernehmen kann. Die meisten derselben — von dem Washingtoner Congresse an — sind bereits früher ausführlich im Centralblatt gegeben worden[1]) und brauchen nur ganz kurz recapitulirt zu werden. Einer etwas ausführlicheren Darstellung bedürfen die Kämpfe um die Stellung der Laryngologie bei dem Londoner und bei dem Kopenhagener Congresse.

1) Vergl. Centralblatt I, 78, 79; II, 245; VII, 272, 273; IX, 110; XI, 942; XII, 145, 146; XIV, 526.

Ob bei den ersten 6 internationalen Congressen Versuche gemacht worden sind, der Laryngologie eine selbständige Stellung zu erwirken, ist unbekannt. An die Oeffentlichkeit ist nichts von solchen gedrungen; sollten sie erfolgt sein, so sind sie jedenfalls missglückt.

(1.) Bei den Vorbereitungen zu dem 7. Congress in London (1881) war die Frage einer besonderen laryngologischen Section erörtert, aber in Folge der persönlichen Unpopularität des derzeit unzweifelhaft hervorragendsten britischen Laryngologen abschlägig entschieden worden. Eine Abänderung dieses Beschlusses, d. h. die Constituirung einer vollen laryngologischen Section wäre nur mit kränkender Uebergehung des Betreffenden bei der Besetzung des Präsidiums zu erreichen gewesen. Um eine solche zu vermeiden, wurde zunächst der Vorschlag gemacht, eine combinirte otologisch-laryngologische Section unter dem Vorsitz eines Ohrenarztes zu bilden. Dieser Vorschlag scheiterte an dem Widerspruch der Otologen, denen bereits eine volle Section zugebilligt worden war. Der einzige Ausweg, der freilich lahm genug war, ergab sich in der Bildung einer laryngologischen Subsection, welche der medicinischen Section affiliirt wurde und keinen eigenen Präsidenten erhielt, deren Vorsitz vielmehr ex officio von einem der Vicepräsidenten der medicinischen Section geführt werden sollte. Eine Anzahl britischer Laryngologen widersetzte sich diesem Compromiss. Es wurde zunächst der Versuch gemacht, die Kehlkopfärzte des Auslandes, welche im Sommer 1880 in Mailand zu dem ersten und einzig gebliebenen internationalen laryngologischen Congress sich versammelten, zu bewegen, die zweite Tagung dieses laryngologischen Specialcongresses im folgenden Jahre in London gleichzeitig mit dem allgemeinen internationalen Congress, aber unabhängig von demselben abzuhalten[1]). Nachdem dieser Versuch gescheitert war, wurde dem britischen Organisationscomité von derselben Fraction ein Protest gegen die Stellung der Laryngologie als einer Subsection unterbreitet. Als auch dieser Einspruch unberücksichtigt blieb und die officiellen Anmeldungen keinen Zweifel daran liessen, dass die Subsection von den bekanntesten Laryngologen aller Länder besucht werden würde, hielten auch die Protestler es für angemessen, ihre Opposition aufzugeben und sich der Subsection anzuschliessen.

Der wissenschaftliche wie der moralische Erfolg dieser ersten Vertretung der Laryngologie in unabhängiger Form bei dem internationalen medicinischen Congresse war ein ungemein grosser. Mehr als 340 Kehlkopfärzte aller Nationen, unter ihnen die hervorragendsten Vertreter des Faches, trugen ihre Namen in die Mitgliederliste ein. Die Verhandlungen waren von derart wissenschaftlichem Geiste getragen, dass selbst ein so conservatives Blatt, wie die Londoner Lancet, die bis dahin der laryngologischen Specialität stets direct feindlich gegenüber gestanden hatte, sich gemüssigt sah, ihrer Anerkennung für das Geleistete in einem besonderen Leitartikel[2]) Ausdruck zu geben, in welchem sie die Errichtung von

---

1) Compte-rendu du Congrès international de Laryngologie. I. Session. Milan. Septembre 1880. p. 117.

2) Lancet. 13. August 1881. p. 302.

Lehrstühlen für das Fach an den grossen Hospitälern verlangte. Und wie befriedigt die Laryngologen selbst von dem erzielten Erfolge waren, dafür giebt die folgende, von Prof. Schnitzler beantragte und von der Subsection einstimmig angenommene Resolution beredtes Zeugniss: „dass, nachdem nunmehr zum ersten Male auf einem internationalen medicinischen Congresse der Laryngologie die Gelegenheit geboten worden sei, ihr Können zu erweisen, und nachdem ihr eine Position unter den anerkannten Specialitäten nunmehr völlig gesichert sei — eine Wiederholung isolirter laryngologischer Congresse nicht mehr erforderlich, es vielmehr wünschenswerth sei, den im vorigen Jahr auf dem Mailänder laryngologischen Congress gefassten Plan: einen zweiten laryngologischen Congress im Jahre 1882 in Paris abzuhalten, nunmehr fallen zu lassen."

(2.) Dem Wahne, dass nunmehr der Laryngologie eine mit allen anderen Specialitäten gleichberechtigte Stellung bei den internationalen Congressen gesichert sei, war freilich schleunige Enttäuschung beschieden. Schon bei den Vorbereitungen zu dem nächsten Congresse in Kopenhagen (1884) stellten sich wiederum der Bildung einer vollen und unabhängigen laryngologischen Section locale Hindernisse in den Weg. Diesmal war es der Umstand, dass keine für die Uebernahme des Präsidiums einer solchen geeignete Persönlichkeit vorhanden war — die gegenwärtigen vortrefflichen Vertreter unseres Faches in Dänemark hatten damals eben erst angefangen, sich der Specialität zu widmen — welcher das dänische Organisationscomité dazu veranlasste, zunächst die Bildung einer combinirten otologisch-laryngologischen Section unter dem Vorsitz eines Otologen in Aussicht zu nehmen. Erst der nachdrückliche Hinweis darauf, dass die Laryngologen nicht deshalb freiwillig auf die Abhaltung weiterer Specialcongresse verzichtet hätten, um nunmehr wiederum in eine abhängige Stellung herabgedrückt zu werden, vermochte das Organisationscomité zu einer Aenderung dieses Planes zu veranlassen. Es wurde jetzt eine unabhängige laryngologische Section constituirt, derselben aber ein ausländischer Präsident mehr oder minder octroyirt, was unter den Angehörigen anderer Nationen derzeit ziemlich viel böses Blut machte — wenn auch aus Rücksicht auf die Wirthe hiervon nichts in die Oeffentlichkeit drang. Dass die ursprünglich beabsichtigte Verschmelzung der laryngologischen mit der otologischen Section gewiss nur wenigen, sicherlich aber nicht der Sache selbst zu Dank gewesen wäre, ergab sich in praxi bei zwei gemeinschaftlichen Discussionen beider Sectionen, welche auf Wunsch des Vorsitzenden der otologischen Section stattfanden. Bei der einen derselben, der Discussion über die Tonsillotomie, blieben die Verhandlungen ausschliesslich in den Händen der Laryngologen, bei der zweiten, der über die von der Nase ausgelösten Reflexneurosen, zogen sich die Otologen in der Mitte der Discussion zurück, weil sie ein ihnen interessanteres Thema zu verhandeln hatten. Die Leistungen der laryngologischen Section stellten sich übrigens denen der Londoner Subsection durchaus ebenbürtig zur Seite.

Ueber die Schicksale der Laryngologie bei den späteren Congressen ist in

diesen Blättern bereits berichtet[1]); wir begnügen uns daher mit der folgenden gedrängten Zusammenstellung der wichtigsten Punkte.

(3.) Washingtoner Congress (1887): Zunächst Constituirung einer vollen laryngologischen Section mit repräsentativem Sectionsbureau. Dann Ausbrechen von Zwistigkeiten unter den amerikanischen Aerzten; Absetzung des Präsidenten (angeblich, weil er mit Homoeopathen consultirte); Verschmelzung der Laryngologie mit der Otologie in eine einzige Section unter Vorsitz eines Otologen bei gänzlichem Fehlen jedes bekannteren laryngologischen Namens im Sectionsbureau. Protest des Centralblatts (II, 355), das vollständige Enthaltung von dem Congresse anräth, falls nicht in letzter Stunde noch angemessene Aenderungen beschlossen würden. Darauf zunächst vages Versprechen unabhängiger Sectionen für den Fall, dass beide Specialitäten das Vorgehen des unpopulären Comité's unterstützen würden, dann, nachdem auch von anderer otologischer und laryngologischer Seite energisch gegen die Verschmelzung protestirt worden war, bedingungslose Reconstruction einer separaten laryngologischen Section. Infolge dieser Zwistigkeiten aber Ausbleiben fast aller europäischen Fachgenossen — von denen nur 2 erschienen — und Enthaltung vieler der bekanntesten amerikanischen Laryngologen von der Theilnahme.

(4.) Berliner Congress (1890): Der einzige, bei dem der Laryngologie dank den Bemühungen ihres Vorsitzenden B. Fraenkel's jeder Kampf um ihre würdige Vertretung erspart geblieben ist. Vollständiger wissenschaftlicher Erfolg, der nur unter der überwältigenden Fülle des Materials einigermassen zu leiden hatte.

(5.) Römischer Congress (1894): Neuer Versuch einer Verschmelzung der Otologie mit der Laryngologie in eine Section. Protest der Berliner laryngologischen Gesellschaft. Darauf Constituirung zweier unabhängiger Sectionen. Die laryngologische Section — dank der vortrefflichen Organisation ihres Vorsitzenden Massei — eine der wenigen wissenschaftlich erfolgreichen dieses Congresses.

(6.) Moskauer Congress (1897): Zunächst Beschluss, dass die Laryngologie, die Otologie und — — die Zahnheilkunde eine „Unterabtheilung" der für Chirurgie und Ophthalmologie bestimmten 9. Section bilden sollten. Proteste seitens B. Fraenkel's, Semon's, der Revue hebdomadaire de laryngologie, der Berliner klinischen Wochenschrift und der holländischen Professoren der Laryngologie. Darauf Zurückziehung des erstgefassten Beschlusses, zu dessen Erklärung und Entschuldigung geltend gemacht wurde, dass an der Universität Moskau keine Professur für Laryngologie bestände, und Gründung zweier separater Sectionen für Otologie und Laryngologie. Ueber die Leistungen der letzteren hat Prof. Chiari in diesem Blatte (XIII, 491) berichtet.

(7.) Pariser Congress (1900): Zunächst Bestimmung, dass der Congress eine „Section spéciale et autonome d'otologie, rhinologie et laryngologie" erhalten und dass „à l'exemple des précédents congrès" diese Section wiederum in „deux sections sécondaires" zerfallen würde, deren eine der Otologie, deren andere der Rhino-Laryngologie gewidmet sein sollte. Auf die Einwendung des Centralblatts, dass nicht wohl abzusehen sei, warum zuerst eine Section für Otologie und La-

1) Vergl. die Anmerkung auf S. 218.

ryngologie constituirt würde, wenn man dieselbe sofort wieder in zwei Sectionen zerfallen liesse, dass die „Sections sécondaires“ doch bedenklich nach den „Subsectionen“ schmeckten, gegen die bei früheren Gelegenheiten wiederholt so energisch protestirt worden sei, und dass die Laryngologie nach ihren bisherigen Leistungen es wohl verlangen dürfe, auf dem Fusse vollständiger Gleichheit mit anderen Specialitäten behandelt zu werden und die durch eben diese Leistungen errungene Stellung auch weiterhin zu behalten, Zugeständniss je einer vollen Section für Laryngologie und Otologie seitens des vorbereitenden französischen Comités.

Der vorstehende Bericht spricht beredt genug für sich selbst. Mit alleiniger Ausnahme des Berliner Congresses ist uns, seitdem wir überhaupt eine Sonderstellung bei den internationalen Congressen erhalten haben, der Kampf um die Würde dieser Stellung und um unsere Unabhängigkeit bei keiner dieser Gelegenheiten erspart geblieben. Aus durch und durch localen und trivialen Gründen hat man es ein nach dem anderen Mal versucht, die Laryngologie in eine untergeordnete Stellung herabzudrücken. Von einem Princip, nach welchem die Vertretung der einzelnen Zweige der Medicin bei diesen Congressen geregelt würde, kann nach den oben skizzirten trüben Erfahrungen nicht wohl die Rede sein.

Es ist Zeit, dass diesem Zustand ein Ende gemacht wird. Wie verschieden auch immer die einzelnen Angehörigen unserer Specialität über Standes- und Titelfragen denken mögen, darüber dürften wohl alle Laryngologen aller Nationalitäten einig sein, dass gegen die Behandlung, die man unserer Specialität bei der Vorbereitung der internationalen Congresse bisher hat angedeihen lassen, Einspruch erhoben werden muss. Und dieser Einspruch sollte rechtzeitig erfolgen, d. h. wie schon Eingangs dieses Artikels angedeutet ist, es sollte die Wiederholung ähnlicher unerfreulicher Kämpfe, wie der oben geschilderten, durch eine einmüthige und imposante Meinungsäusserung der Specialisten aller Länder für die Zukunft unmöglich gemacht werden.

Den Herren Vorsitzenden sämmtlicher laryngologischer resp. oto-laryngologischer Gesellschaften der Welt unterbreiten wir zu diesem Zwecke — unter vorläufiger Beiseitelassung der im 2. Theil dieses Artikels berührten Frage, welche in einer zweiten Resolution zu entscheiden sein wird — den Vorschlag, dass sie bei nächster Gelegenheit den Mitgliedern ihrer Gesellschaft eine Resolution etwa des Inhalts unterbreiten möchten:

Dass die betr. Gesellschaft mit Berufung auf die Leistungen der Laryngologie im Allgemeinen und bei den internationalen medicinischen Congressen im Besonderen der berechtigten Erwartung und der Forderung Ausdruck zu verleihen wünsche, dass bei allen künftigen internationalen Congressen der laryngologischen Specialität die Stellung einer vollen und unabhängigen Section gewahrt werde.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **E. Burgi** (Bern). **Ueber Athmung auf Bergen.** Berlin. physiol. Gesellschaft. 14. August 1898. — *His-Engelmann's Arch. 6. Heft. 1898.*

Bei der Arbeit auf der Höhe findet eine Vermehrung der Kohlensäureausscheidung statt. Die Menge derselben nimmt mit der zunehmenden Trainirung allmälig ab und schliesslich wurde bei B. die Mehrausscheidung in der Höhe durch eine dreitägige Trainirung aufgehoben.

A. ROSENBERG.

2) **Bayer. Ueber üblen Athem. (De la mauvaise haleine.)** *Annales de l'Inst. Chir. de Bruxelles. No. 4. 1898.*

Einleitende terminologische Bemerkungen. Mittheilung eines Falles von üblem Athem, welcher lange Zeit dem Magen zugeschrieben worden war, den Verf. aber durch einen voluminösen Nasenpolypen und chronischen Nasenrachencatarrh bedingt fand. Daran anknüpfend Besprechung der Ursachen des üblen Athems, wie sie in der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle, in Kehlkopf, Bronchien und Lungen, im Verdauungsapparat aufzusuchen und durch gewisse chronische und acute Krankheiten bedingt sind (vergl. S. 262).

Autoreferat.

3) **Ernst Barth** (Brieg). **Das hysterische Zwerchfellasthma.** *Berliner klinische Wochenschr. No. 43. 1898.*

Nach einer kurzen Uebersicht über die verschiedenen Arten von Athemnoth, ihr Zustandekommen, ihre Ursachen und die Erklärungsversuche berichtet Verf. über einen sehr interessanten von ihm beobachteten Krankheitsfall. Ein 23jähriger Unterofficier musste wegen starker Athemnoth ins Lazareth aufgenommen werden. Die anfängliche Vermuthung, es möchte sich um ein cardiales Asthma handeln, erwies sich als irrthümlich. Vielmehr gelangte man zu der Ueberzeugung, dass die Athemnoth durch einen tonischen Krampf des Zwerchfells hervorgerufen sei. (Da die Erscheinungen nicht mit denen des Asthma bronch. übereinstimmten, so wird durch die vorliegende Beobachtung die Wintrich'sche Asthmatheorie widerlegt.) Zeitweilig traten klonische Krämpfe des Zwerchfells hinzu. Der geschilderte Zustand machte nach zwei Wochen einer completen Lähmung des Zwerchfells Platz (Asthma phrenicum von Wernicke), die mit hartnäckiger Obstipation einherging. Hierzu kamen nach einigen Tagen klonische Krämpfe der Bauchmuskeln. Die Behandlung (Faradisation der Phrenici, Einübung der Athembewegungen) führte schliesslich zur Heilung. — Eine Besprechung der einzelnen Erscheinungen und ein Vergleich mit homogenen Zuständen des Larynx bei Hysterischen bildet den Schluss der interessanten Abhandlung.

ZARNIKO.



4) **Baccelli. Influenza mit nervösen Symptomen. (Influenza with nervous symptoms.)** *N. Y. Medical Journal. 26. November u. N. Y. Medical Record. 8. December 1898.*

Verf. verordnet:

Chinin. salicyl 20
Phenacetin. 15
Camphorae. 0,2.

M. div. in dos. aequ. No. 10. S. 2—6 mal täglich 1 Pulver z. n.

LEFFERTS.

5) **R. P. van Calcar** (Amsterdam). **Beitrag zur Kenntniss der Aspirations-Pneumonien. (Bydrage tot de kennis der aspiratie-pneumonien.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 5. S. 153. 1899.*

Verf. hat im Binnengasthuis mehrere Fälle von Aspirationspneumonie bei solchen Patienten auftreten sehen, welche im Rausch ins Wasser gerathen waren, ohne indessen Wasser aspirirt zu haben. Da die Patienten nicht erbrochen hatten, so vermuthet Verf., dass diese Pneumonien durch aspirirte Mundflüssigkeit verursacht worden sind.

Er liefert den experimentellen Nachweis, dass der Inhalt eines gut gereinigten gesunden Mundes in den Lungen gesunder Versuchsthiere pathologische Veränderungen herbeizuführen nicht vermag, dass dagegen der Inhalt eines schlecht unterhaltenen Mundes ausgedehnte Erkrankung der Lungen hervorzurufen im Stande ist.

Verf. spricht die Vermuthung aus, dass die Mortalität an Aspirationspneumonie in den chirurgischen Kliniken sich geringer gestalten würde, wenn immer vor einer Narkose eine scrupulöse Reinigung der Mundhöhle eingeleitet würde. Die Pflege des Gebisses und die Reinheit der Mundhöhle seien von grösster Bedeutung.

H. BURGER.

6) **A. v. Sokolowski. Die krankhaften Veränderungen im oberen Abschnitte des Respirationstractus im Verlauf von Herzklappenfehlern. (Zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych przy wadach zastawbowych serca.)** *Gazeta lekarska. No. 43, 44. 1898. Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VIII. p. 464. 1898.*

Verf. untersuchte die obersten Luftwege von 50 Kranken mit mehr oder weniger gut compensirten Herzfehlern. 15 von diesen hatten keine subjectiven Klagen über den oberen Abschnitt des Respirationstractus. Aber nur bei 3 war auch objectiv der Befund normal; bei 47 bestanden mehr oder weniger deutliche Veränderungen an den oberen Schleimhäuten. In der Nase fanden sich häufig weiche, blasse Schwellungen der Muscheln, im Pharynx, an der Epiglottis und der hinteren Larynxwand oft eine starke Röthung u. a. m. Verf. hält die Veränderungen, die er bei den compensirten Herzfehlern fand, für ziemlich charakteristisch. Dagegen sind die Veränderungen bei ausgesprochener Compensationsstörung weniger deutlich und auch wenig charakteristisch. Von 20 Fällen der letzteren Categorie, über die Verf. berichtet, hatte nur einer subjective Beschwerden.

Die Befunde bei den 50 compensirten und 20 nichtcompensirten Herzfehlern sind am Schlusse der Arbeit tabellarisch zusammengestellt.

F. KLEMPERER.

7) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Epikrise eines Falles von nicht ganz plötzlichem Thymustod, verursacht durch (vicariirende) Thymus-Vergrösserung bei rudimentär kleiner Milzanlage.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VIII. H. 1. p. 159.*

A.'s interessanter Fall beweist, „dass der Thymustod durch Erstickung erfolgen kann. Die Zukunft wird lehren, ob die Erstickung die einzige Art des Todes bei Thymushypertrophie bildet".

Verf. plädirt für die Weigert'sche Sectionstechnik, nach der Querschnitte durch Thymus und Trachea, die im Zusammenhang gelassen werden, zu machen sind. Nur auf diese Weise, oder indem man nach Paltauf die Trachea am Halse eröffnet und bei künstlichem Licht von oben hineinschaut, kann man eine durch die Thymusvergrösserung hervorgebrachte Tracheostenose feststellen. Der übliche Längsschnitt und die Betrachtung der Thymus mit ihren Nachbarorganen erst ausserhalb des Körpers ist für die Fälle von Thymustod ein „Sectionsfehler".

„Als Novum und vorläufig als Unicum" zeigt A.'s Fall ferner „das Zusammenbestehen einer übergrossen Thymus und einer rudimentär kleinen Milz, so dass man an eine functionelle Hypertrophie des Thymus denken kann. Die Frage ist jedenfalls, besonders in Bezug auf das Knochenmark, bei künftigen Fällen von Thymusvergrösserung der Beachtung werth".

F. KLEMPERER.

8) **Charrin** (Paris). **Uebertragung der Toxine vom Fötus auf die Mutter. (Transmission des toxines du foetus à la mère.)** *Académie des Sciences. 8. August 1898.*

Man weiss, dass lösliche Gifte leicht von der Mütter durch die Placenta auf den Fötus übergehen.

Ch. fragte sich, ob die Toxine auch den umgekehrten Weg passiren können und entschied diese Frage direct durch folgendes Experiment. Er machte bei einem trächtigen Kaninchen mit vorgeschrittener Schwangerschaft die Laparotomie und injicirte 1 ccm Diphtheriegift in die Eingeweide der Jungen; die Dosis vertheilte sich auf 4 von diesen.

Unter 7 Experimenten dieser Art constatirte er 4 mal Intoxication der Mutter.

PAUL RAUGÉ.

9) **Vuillermin. Die specifischen Charaktere des Soorpilzes. (Les caractères specifiques du champignon du muguet.)** *Académie des Sciences. 24. October 1898.*

Grawitz hat mit grosser Sorgfalt die exogenen Sporen des Soorpilzes studirt; die endogenen Bildungen dagegen sind nur wenig bekannt. V. beobachtete zwei Varietäten dieser Gebilde: interne Kügelchen und Scheiben. Die letzteren stellen die eigentlichen reproductiven Organe dar. Von sphärischer oder elliptischer Gestalt, enthalten sie im Allgemeinen 4 Sporen, sehr selten

nur 3 oder 2. Dieselben haben die Form einer flachen Ellipse und eine dicke Membran.

Der Soorpilz ist danach zu den echten Ascomyceten zu rechnen. Der Verf. schlägt für ihn die Bezeichnung Endomyces albicans vor.

Die Gegenwart der Ascosporen ist für die Diagnose dieses Pilzes entscheidend und wird auch über die Unität oder Multiplicität der unter dem Namen Oidium albicans zusammengefassten Pilze Aufklärung geben. PAUL RAUGÉ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

10) **Peláez Villegas** (Granada). **Hygiene der Nase. (Higiene de la nariz.)** *La Oto-Rino-Laringologia Espannola. No. 5. 1898.*

Verf. behandelt eingehend die wichtige Frage der Hygiene der Nase und Nasenhöhlen. R. BOTEY.

11) **Krieger** (Charlottenburg). **Beitrag zur Kenntniss des „Rhinophyma".** *Dermatol. Zeitschr. V. Bd. 5. H. 1898.*

Bei einem an Oesophaguscarcinom leidenden Manne entwickelte sich an der Nasenspitze ein Tumor, welcher zwar einem Rhinophyma ausserordentlich ähnlich war, aber bei der histologischen Untersuchung sich als ein Carcinom erwies und zwar als eine subepidermoidal gelegene Metastase des Oesophaguskrebses.

SEIFERT.

12) **Comte** (Lyon). **Elephantiasis der Nase. (Elephantiasis du nez.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 9. März 1898.*

Der Fall wurde von Jaboulay operirt. Wie die vor der Operation gemachten Photogramme zeigen, war die Geschwulst enorm gross, gelappt, aus mehreren Stücken zusammengesetzt, deren Hauptsächlichstes an der rechten Nasen-Lippenfalte sass.

Der Tumor hatte sich zu seiner schliesslichen Grösse im Laufe von 8 Jahren entwickelt.

Die Operation, die in zwei Sitzungen am 17. Januar und 11. Februar gemacht wurde, bestand in der Excision mittelst der Scheere; es wurden alle Hervorragungen abgeschnitten und eine ebene Fläche geschaffen. Gegenwärtig ist die Nase zwar noch von erheblicher Grösse, hat aber doch nicht mehr die excessiven Dimensionen, die sie vorher zeigte, und hat vor Allem eine regelmässige Oberfläche. PAUL RAUGÉ.

13) **Lossen. Ueber Rhinoplastik mit Einfügen einer Prothese.** *Münch. medic. Wochenschr. No. 48. 1898.*

Es gelingt schwer mit der Rhinoplastik allein bei Fehlen der knorpeligen Nase oder der Nasenspitze ein halbwegs anständiges Resultat zu erzielen, zumal nur von Weichtheilen gebildete Nasen bald schrumpfen. Besser ist das Einfügen

knöcherner Spangen und Platten. L. gelang es durch Einlegen einer Hartkautschukprothese eine ziemlich schöne, wenn auch etwas zu kurze Nase herzustellen.

SCHECH.

14) **Watson Cheyne. Wiederherstellung des Nasenrückens mittelst eines Kaninchenknochens. (Repair of bridge of nose by rabbit bone.)** *Clin. Soc. Report. 1898. Brit. Med. Journal. 5. November 1898.*

15) **Cheyne. Implantation eines Nasenknochens. (Grafting nasal bones.)** *N. Y. Medical Record. 26. November 1898.*

Der Pat. hatte vor 8 Jahren bei einem Unfall ein grosses Stück des Nasenknochens eingebüsst. Ch. legte das Periost an der rechten Seite der Nase blos, entfernte und spaltete den Femur eines Kaninchens und legte Stücke von demselben an das Periost, wonach er den Hautlappen zurückklappte. Die Wunde heilte ohne Eiterung; das Resultat war vortrefflich.

LEFFERTS.

16) **Suslow. Oto-rhinoplastica s. Rhinoplastica ex auriculo.** *Wojenno-Med. Journal. Juni 1898.*

Die Verunstaltung der Nase nach einer Verwundung wurde durch die Transplantation des Ohrläppchens gehoben. Die Anheilung erfolgte anstandslos.

P. HELLAT.

17) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Tast- und Geschmacksempfindungen beim Riechen. (Tast- en smaakgewaarwordingen bij het ruiken.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 4. S. 113. 1899.*

Ausführliche Besprechung der Reizempfindung und der Geschmacksempfindung, welche eine Anzahl Riechstoffe neben dem Riecheindruck hervorrufen. Die neuesten Untersuchungen haben gelehrt, dass die tactile Reizung, welche scharfe Riechstoffe verursachen, ausschliesslich auf das Diffusionsgebiet der durch die vordere Hälfte des Nasenloches eintretenden Luft beschränkt ist. Dasselbe gilt, wenn auch weniger absolut, auch für die gustative Reizung der schmeckenden Riechstoffe, so dass auch noch die Möglichkeit einer pharyngealen Geschmacksempfindung zugestanden werden muss. Die gustative Sensation hat eine ausserordentlich lange Reactionszeit (für die süsse Empfindung im Geruch des Chloroforms: eine Sekunde).

H. BURGER.

18) **Noquet. Subjective Parosmie. (Parosmie subjective.)** *Société centrale de Médecine du Nord. 9. December 1898.*

N. giebt einen Ueberblick über die Geschichte und die Haupterscheinungen der subjectiven Parosmie und berichtet über 2 eigene Fälle.

Der erste betrifft eine 40jährige nervöse Frau, die im Anschluss an eine Coryza stets einen fauligen Geruch empfand. Eine Veränderung in der Nase bestand nicht. N. wandte den constanten Strom an, verlor aber dann die Kranke aus dem Gesicht.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen 54jährigen Mann, der ebenfalls nach Coryza einen Fäulnissgeruch jedesmal im Moment des Essens empfand. Dieser Patient war sonst in keiner Weise krank, auch nicht nervös. In der Nase

fand sich eine Hypertrophie der Schleimhaut der mittleren Muschel, die mit dem Septum in Contact stand. Nach Zerstörung der Hypertrophie verschwand die Parosmie.

A. CARTAZ.

19) **H. Lavrand** (Lille). **Aetiologie und Pathogenese der Schleimpolypen der Nasenhöhlen. (Etiologie et pathogénie des polypes muqueux des fosses nasales.)** *Journal des Sciences Médicales de Lille. 29. Januar 1898.*

L. glaubt den Polypen der Nase, wie denen des Larynx und des Ohres gegenüber an die Theorie des irritativen oder entzündlichen Ursprungs. Diese Ursache ist ganz besonders in Geltung für die Nase, durch welche beständig die Luft entweicht und mit ihr die verschiedenen Substanzen, mit denen sie beladen ist. Eine neuro-arthritische Reizbarkeit macht die Nasenschleimhaut noch mehr für den Einfluss dieser Reize empfänglich.

PAUL RAUGÉ.

20) **W. Okada. Beiträge zur Pathologie der sogen. Schleimpolypen der Nase nebst einigen Bemerkungen über Schleimfärbungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VII. H. 2 u. 3. p. 204. 1898.*

Verf. fasst die Resultate seiner Untersuchungen, die in der Berliner Universitätspoliklinik angestellt sind, in folgenden Schlusssätzen zusammen.

1. Die Schleimhautpolypen der Nase sind entzündliche Neubildungen. Epithel, Bindegewebe, Drüsen und Gefässe sind durch den Entzündungsprocess in Mitleidenschaft gezogen.

2. Das Oberflächenepithel befindet sich im Zustande der schleimigen Metamorphose und so unterscheide ich eine totale und eine partielle schleimige Metamorphose.

3. Unter totaler schleimiger Metamorphose verstehe ich die Umwandlung des gesammten Cylinderepithels, Zelle für Zelle, in ein aus schleimerfüllten Becherzellen bestehendes Epithel, und zwar können entweder nur sämmtliche Zellen der oberen Epithelschicht oder sämmtliche Zellen aller Schichten an diesem Umwandlungsprocess theilgenommen haben.

4. Die partielle schleimige Metamorphose kann eine dreifache sein und zwar
   a) einfache Vermehrung der normalen, zwischen den Cylinderepithelien sich vorfindenden Becherzellen;
   b) Auskleidung der oberflächlichen Epithelbuchten — entweder in ganzer Ausdehnung oder nur ihres Fundus — mit Becherzellen, wobei wiederum entweder nur die oberste Epithellage oder auch sämmtliche Schichten in Becherzellen umgewandelt sein können;
   c) Vorkommen von Gruppen radiär angeordneter Schleimzellen inmitten des sonst normalen Cylinderepithels.

5. Neben der „schleimigen Metamorphose" des Epithels giebt es noch eine Umwandlung des Cylinderepithels in Plattenepithel und zwar an Stellen, die den Insulten der äusseren Atmosphäre ausgesetzt sind.

6. Die Drüsen der Polypen sind meist vermehrt und haben in der grossen Mehrzahl der Fälle den Charakter der Schleimdrüsen. Bisweilen kommen neben ihnen sogen. seröse Drüsen, selten letztere allein vor.

7. Schleimdrüsen und seröse Drüsen halte ich beide für das Secretions- resp. Ruhestadium ein und derselben Drüsenart.

8. Die Acini der Drüsen sind oft cystös erweitert, bisweilen so stark, dass eine derartige Cyste die Hauptmasse des Polypen darstellt.

9. Der Inhalt derartiger Cysten ist Schleim, doch finden sich inmitten des Schleimes oft runde oder hufeisenförmige, bald grössere, bald kleinere Colloid- resp. Hyalingebilde, welche sich mit sauren Anilinfarben leuchtend roth färben lassen.

10. Wenn sich neben den Drüsencysten bisweilen cystös erweiterte, schleimerfüllte Bindegewebsspalträume vorfinden, so muss eine Communication zwischen den letzteren und der Drüsencyste vorhanden sein.

11. Zur histologischen Darstellung der schleimhaltigen Theile derartiger Polypen eignet sich in hervorragendem Maasse, wegen ihrer Metachromasie, die Thioninfärbung.

12. Das Stroma der Polypen besteht aus alveolärem, mehr oder weniger lockerem Bindegewebe, dessen Maschen Rundzellen und Eiweissserum, niemals aber Schleim enthalten, abgesehen von dem sub 10 erwähnten seltenen Verhältniss.

F. KLEMPERER.

21) **Jonathan Wright** (Brooklyn). **Die sogen. hyalinen Körperchen und andere cellulären Degenerationen in Nasenpolypen. (The so-called hyaline bodies and other hyaline degenerations in nasal polypi.)** *Americ. Journ. Med. Sciences. October 1898.*

Verf. hat die in den Geweben vorkommenden hyalinen Körperchen, welche neuerdings in so hohem Grade die Aufmerksamkeit der Mikroskopiker auf sich gezogen haben, zum Gegenstand seines Studiums gemacht. Er hat eine grosse Anzahl von Präparaten verschiedener pathologischer Zustände sowohl der Nase, wie anderer Körpertheile untersucht und berichtet in der vorliegenden Arbeit über das Resultat dieser Untersuchungen. Die Körperchen, die er beschreibt, entstehen seiner Meinung nach durch degenerative Vorgänge und nehmen gewisse Farben und Reagentien an. Sie haben ihren Ursprung in den Zellen des bindegewebigen Stromas. Die Arbeit, welche eine Reihe von Abbildungen enthält, muss von Interessenten im Original gelesen werden.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

22) **Henry L. Swain. Nasen- und andere Polypen. (Nasal and other polypi.)** *N. Y. Medical Journal. 12. März 1898.*

Polypen sind entzündliche Bildungen und haben das Bestehen eines hypertrophischen Zustandes der Schleimhaut zur Voraussetzung. Der Grund dafür, dass der eine einen Polypen hat, der andere unter genau denselben localen Verhältnissen nicht, scheint in einer eigenthümlichen Veranlagung der Gewebe zu liegen. Der letzte Grund für die Polypenbildung liegt nicht allein in dem Gewebe der mittleren Muschel, sondern ebenso in den constitutionellen Anlagen des betreffenden Individuums. Die neueren Untersuchungen über die Polypen haben uns gelehrt, nicht einen specifischen Parasiten, der Polypen verursacht, zu erwarten, dafür aber auf den praeexistirenden Catarrh und die Constitution des

Patienten, mit der die Endorhinitis im Zusammenhang steht, Werth zu legen; kurz, die Polypen als ein Symptom, nicht als eigene Krankheit anzusehen.

Klinisch ergiebt sich aus diesen Erwägungen die Indication, jeden Polypen je eher je besser zu entfernen, und in den mehr chronischen Fällen soweit als irgend möglich mit den Polypen gleichzeitig auch die ganze erkrankte Partie des Knochens abzutragen.

LEFFERTS.

23) **Jonathan Wright. Papilläre ödematöse Nasenpolypen und ihre Beziehung zu den Adenomen. (Papillary oedematous nasal polypi and their relation to adenomata.)** *N. Y. Med. Journal. 13. November 1897.*

Vergl. den Verhandlungsbericht des 19. Congresses der American Laryngological Association (Centrbl. XV. p. 90).

LEFFERTS.

24) **G. Hunter Mackenzie. Vorlesung für Aerzte über Nasenpolypen, ihre Diagnose und Radicalbehandlung. (Postgraduate lecture on nasal polypi, their diagnosis and radical treatment.)** *Lancet. 5. Februar 1898.*

An die Vorstellung mehrerer Fälle anschliessend giebt Verf. eine lehrreiche Zusammenstellung der neueren Behandlungsmethoden der Nasenpolypen.

ADOLPH BRONNER.

25) **Wm. C. Glasgow. Angiom der Nase. (Angeioma of the nose.)** *N. Y. Med. Journal. 8. Januar 1898.*

Krankengeschichte eines 22jährigen Patienten. Ein röthlicher runder Tumor von Haselnussgrösse verschloss die linke Nasenhöhle. Seine Oberfläche war glatt und glänzender, als normale Schleimhaut. Der Tumor, der mit der kalten Schlinge rasch entfernt wurde, entsprang von dem unteren Rande des knorpligen Septums an dessen vorderen Ende.

LEFFERTS.

26) **Martin** (Lyon). **Geschwulst der Nasenhöhle mit Myeloplaques. (Tumeur à myeloplaxes des fosses nasales.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 2. November 1898.*

20jähriger Patient mit einem Tumor der Nase, der reichliche Blutungen verursachte. Die Geschwulst, die an der oberen Wand inserirte, wurde von Jaboulay entfernt. Die histologische Untersuchung ergab das Vorhandensein der Myeloplaques.

PAUL RAUGÉ.

27) **Schötz** (Berlin). **Ein Fall von Rhinosclerom.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 37. 1898.*

Localisation der Erkrankung war im vorliegenden Falle vorzüglich die Trachea, weniger der Larynx und die Nasenhöhle. Operative Entfernung der stenosirenden Trachealtumoren und Reinhaltung der erkrankten Stellen (wobei Inhalation von Fliederthee sich als besonders brauchbar erwies) führten einen erträglichen Zustand des Pat. herbei. Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung der exstirpirten Theile bestätigte die klinische Diagnose.

Verf. glaubt, dass das Rhinosclerom auch in Berlin häufiger sei, als man annehme, dass es aber nicht immer diagnosticirt werde. Er erinnert sich aus

früheren Jahren mehrerer Fälle, die er heute als Rhinosclerome anzusehen geneigt ist.

ZARNIKO.

28) **Kaposi** (Wien). **Ein Fall von Rhinosclerom.** Verhandlungen der Wiener dermatol. Gesellschaft. Sitzung vom 18. Mai 1898. — *Archiv f. Dermatol. und Syph. XLV. III. 1898.*

Demonstration einer Patientin mit einem von der Nasenschleimhaut ausgehenden Rhinosclerom, das die Cutis noch nicht infiltrirt hat.

CHIARI.

29) **H. Campbell** (London). **Die günstigen Wirkungen eines Krankheitsprocesses auf einen anderen.** Vortrag, geh. in der Briston Medical Society vom 19. Januar 1898. — *Wiener med. Blätter. No. 20, 21. 1898.*

U. A. theilt Verf. auch einen Fall von Rhinosclerom, geheilt durch Typhus, mit. Ein 35jähriger Mann mit vollständigem Verschlusse beider Nasenseiten durch Rhinosclerom. Patient erkrankt an Typhus, nach dessen Ablauf die Obstruction der Nase fast geschwunden war, sodass nur eine leichte Verdickung der Nasenschleimhaut sichtbar ist.

CHIARI.

30) **W. Moore** (Melbourne Victoria). **Angiosarcom in der linken Nasenhöhle. Exstirpation nach osteoplastischer Resection des Oberkiefers. (Angeio-sarcoma in the left nasal cavity — removal after osteo-plastic resection of the upper jaw.)** *Intercolonial Medical Journal of Australia. 20. December 1898.*

Der Patient war ein junger Mann von 17 Jahren. Die linke Carotis externa wurde unterbunden, die Laryngotomie gemacht und der Pharynx mit Gaze ausgestopft. Dann wurde der Oberkiefer nach der gewöhnlichen Methode mitsammt den Weichtheilen zur Seite geklappt, die Geschwulst, die in der Hauptsache von der Siebbeinregion entsprang, abgetragen und der Kiefer replacirt. 19 Tage nach der Operation trat eine heftige Nachblutung ein. Die temporäre Resection des Kiefers giebt ebenso freien Raum, wie die Exstirpation desselben und erspart die Entstellung, die aus letzterer resultirt.

A. J. BRADY.

31) **Jas. E. Nichols. Sarcom der Nasenwege. (Sarcoma of the nasal passages.)** *N. Y. Med. Journal. 8. Januar 1898.*

Vortrag, gehalten auf dem 19. Congress der American Laryngological Association. (Centralbl. XV. Heft 2.)

LEFFERTS.

32) **G. H. Mackenzie. Bemerkungen über einen Fall von malignen Polypen der Nase. (Case of malignant polypus of the nose with remarks.)** *British Med. Journal. 9. Juli 1898.*

60jährige Frau mit Polypen an beiden Nasenseiten und Blutungen aus dem linken Nasenloch. Bei der Abtragung der Polypen trat eine sehr starke Blutung der linken Seite ein. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste ergab deren sarcomatöse Natur. Es wurde die Radicaloperation gemacht. Die Frau starb 5 Monate später.

ADOLPH BRONNER.

33) **Klein** (München-Gladbach). **Pathologisch-histologische Studie über eine seltene Combination von Sarcom und Carcinom der Nasenhöhle.** Dissertation. Würzburg 1898.

Zu der vorliegenden Studie gab der von Hellmann (IV. Laryngologentag in Heidelberg) mitgetheilte Fall Veranlassung. Durch die Combination der krebsigen und sacromatösen Wucherung wird die enorme Destructivität der Neubildung verständlich gemacht. SEIFERT.

34) **F. E. Hopkins. Ein Fall von Adenocarcinom der Nase. (A case of adenocarcinoma of the nose.)** *N. Y. Med. Journ. 13. November 1897.*

Verf. hat über den Fall auf dem 19. Congress der American Laryngological Association berichtet. (vergl. Centralbl. XV. S. 90.) LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

35) **M. D. Lederman. Angina Ludovici als Complication von acuter eitriger Otitis. Heilung. (Angina Ludovici complicating an acute suppurative otitis; recovery.)** *N. Y. Med. Record. 8. October 1898.*

L. berichtet über seinen Fall, da ihm ein ähnlicher Ursprung der infectiösen Phlegmone des Mundbodens in der Literatur nicht vorgekommen ist. Sonst handelt es sich bei der Angina Ludovici um einen traumatischen Ursprung, um defecte Zähne oder primäre Infection in benachbarten Geweben. In L.'s Falle ist eine acute eitrige Otitis die Quelle der secundären Infection. LEFFERTS.

36) **H. L. Armstrong. Acute Entzündung der oberen Luftwege. (Acute inflammation of upper air passages.)** *N. Y. Med. Record. 24. September 1898.*

Rp. Eucain. 0,6
Cocain. hydrochlor. 0,6
Aqu. destill. 180,0.
S. Als Spray zu gebrauchen. LEFFERTS.

37) **Marfan. Acute Angina der Kinder. (Acute angina of infants.)** *N. Y. Med. Record. 26. November 1898.*

Rp. Acid carbol. crystall. 0,9
Glycerin. 45,0
Ol. thymi gtt. II
Aquae 480,0.
M. D. S. Zur Irrigation des Rachens. LEFFERTS.

38) **C. Nicolle** und **A. Hébert. Die acuten Anginen mit Friedländer'schen Bacillen. (Les angines aigues à bacilles de Friedländer.)** *Normandie méd. 15. October 1898.*

Die Verff. haben eine chronische Form von Angina beschrieben, die charakterisirt wird durch das Vorhandensein begrenzter, der Schleimhaut adhärenter

und fest haftender Pseudomembranen auf den Mandeln und im Halse bei völligem Fehlen aller allgemeinen und functionellen Symptome, und deren Ursache der Friedländer-Bacillus ist.

Neben dieser häufigeren und typischeren Form existirt noch eine andere, weniger häufige, die acute (und zwischen beiden giebt es wahrscheinlich eine Reihe Mittelformen). Der Anfang dieser Form ist ein ganz acuter; das Fieber setzt mit 38—38,5° ein, dabei besteht Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Schluckschmerz. Dann erscheinen die Pseudomembranen, die stets zart sind, sich leicht ablösen lassen, ohne dass eine Tendenz zur Wiederbildung erkennbar ist. Die Pseudomembranen sind im allgemeinen auf die Mandeln beschränkt, die sie wie ein durchsichtiger Schleier bedecken; selten reichen sie auf die Gaumenbögen und das Velum hinauf. Nach 3—4 Tagen lassen die Allgemeinsymptome nach und der Hals reinigt sich. Die Diagnose kann nur durch die bakteriologische Untersuchung gestellt werden. Die Prognose ist gut. Die Behandlung besteht in antiseptischen Ausspülungen. Die Verff. verfügen über 4 Fälle (vergl. R. S. M. XLIV. p. 494).

A. CARTAZ.

39) **H. Meunier** und **Bertherand. Klinische und bakteriologische Untersuchung eines Falles von acuter diphtheroider Angina mit Leptothrix. (Etude clinique et bactériologique sur un cas d'angine aigue diphtheroide à leptothrix.)** *Archives de méd. des Enfants. p. 577. October 1898.*

Bei einem Kind von 3 Jahren, das eine pseudomembranöse Angina mit den klassischen Zeichen der diphtheritischen Angina hatte, fanden die Verff. keine Löffler'schen Bacillen, dagegen in grosser Menge und fast als Reincultur einen Leptothrixartigen Organismus. Klinisch entwickelte sich die Krankheit ganz wie eine Diphtherie weiter, mit dem Unterschied jedoch, dass eine Seruminjection ohne Erfolg blieb.

Die Verff. sehen den Leptothrixpilz als den Krankheitserreger in ihrem Falle an.

A. CARTAZ.

40) **Le Clerc. Die gichtische Angina. (De l'angine goutteuse.)** *Normandie méd. 15. December 1898.*

L. theilt einen typischen Fall mit. Der 36jährige Patient, ein Gichtiker, bekam am 29. Januar infolge einer Erkältung eine Angina. Dieselbe wurde innerhalb 24 Stunden sehr heftig, es traten Fieber und ausgesprochene Allgemeinerscheinungen ein. Die Mandeln waren roth und geschwollen, desgleichen der Schlund und der Rachen lebhaft geröthet. Am Kieferwinkel waren die Lymphdrüsen etwas geschwollen. Am 1. Februar ist der Zustand der gleiche, dabei Dyspnoe und bedeckte Stimme infolge eines congestiven Oedems der Epiglottis und der ary-epiglottischen Falten.

In der Nacht plötzlicher Abfall des Fiebers und Verschwinden aller Halserscheinungen unter Auftreten einer gichtischen Gelenkentzündung am grossen Zeh. Bis auf den klassischen Schmerz am Fuss fühlt sich Patient am nächsten Morgen wohl.

A. CARTAZ.



41) **H. Vincent** (Paris). **Ueber eine besondere Form von diphtheroider Angina (Angina mit spindelförmigen Bacillen). (Sur une forme particulière d'angine diphthéroide [angine à bacilles fusiformes].)** *Société médicale des Hôpitaux. 11. März 1898.*

Noch eine neue Form von diphtheroider Angina und eine neue Abart von Pseudodiphtheriebacillen!

Vincent (vom Val de Grace) beschreibt eine pseudomembranöse Angina, die er in 14 Fällen beobachtete und die gewisse Aehnlichkeiten mit der Diphtherie hat.

Dieselbe betrifft den Erwachsenen. Gewöhnlich einseitig, wird sie charakterisirt durch eine grauliche, pulpöse Membran auf einer exulcerirten Partie, deren nicht gerade tiefe Unebenheiten durch dieselben vollständig ausgeglichen werden. Um den Belag ist die Schleimhaut geschwollen und roth.

Von Symptomen sind vorhanden: Schluckschmerz, fötider Athem; leichtes Fieber; Abgeschlagenheit; leichte, bisweilen fehlende Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen.

Die bakteriologische Untersuchung der Pseudomembran ergiebt in enormen Mengen einen 10—12 μ langen Bacillus, der in der Mitte aufgeschwollen ist und an seinen beiden Enden sich verjüngt. Derselbe bietet zahlreiche Involutionsformen dar, deren gewöhnlichste durch das Vorhandensein von 2, 3, bisweilen mehr rundlichen ungefärbten Vacuolen gekennzeichnet ist. Diese hellen Stellen sind nicht Sporen, denn sie sind der Sporenfärbung nicht zugänglich und auch von ungleicher Grösse. Der Bacill färbt sich nicht nach Gram.

Der spindelförmige Bacill associirt sich oft mit einem nach Gram ebenfalls nicht färbbaren Spirillus.

Die Cultur des Bacillus ist dem Verf. nicht geglückt, trotzdem er die verschiedensten Medien, auch unter Luftausschluss, versuchte.

Auch die Impfung auf das Thier, sowohl auf die Mundschleimhaut, wie in die Conjunctiva, war ohne Erfolg.

Therapeutisch gaben den besten Erfolg Gurgelungen mit Borwasser und Pinselungen mit Jodtinctur.

Die Prognose scheint gut; sämmtliche Fälle heilten ohne Complication.

Dies ist nach Verf.'s Meinung eine neue Form (?) von diphtheroider Angina, die mit der echten Diphtherie verwechselt werden kann und daher gekannt sein muss.

PAUL RAUGÉ.

42) **Monmarson. Angina membranacea bei Kindern. (Pultaceous sore throat in children.)** *N. Y. Med. Record. 8. December 1898.*

Rp. Calc. permanganat. 0,10—0,20
Aqu. destill. 20,0.
M. D. S. Zum äusserlichen Gebrauch.

Der Hals wird mit einer recht heissen Borsäurelösung 3stündlich am Tage und 1 oder 2 mal in der Nacht ausgewaschen. Nach jeder Ausspülung werden die afficirten Partien mit obiger Lösung eingepinselt, wobei man sich bemüht, die Pseudomembranen abzulösen, jedoch ohne unerlaubte Gewaltanwendung.

LEFFERTS.



43) **Louis Rousseau. Beitrag zum Studium der Innervation des Gaumensegels. (Contribution à l'étude de l'innervation des muscles du voile du palais.)** *Thèse de Paris. 1898.*

In einer sehr sorgfältigen Studie zeigt Verf., dass die Anatomen bis heute der Longet'schen Hypothese von der Betheiligung des Facialis an der Innervation des Gaumensegels treugeblieben sind, obgleich dieselbe mit den Ergebnissen der Physiologie (Versuche von Chauveau, Vulpian) im Widerspruch steht. Aus seinen eigenen genauen Beobachtungen schliesst R., dass der Facialis bei der Lähmung des Gaumensegels, dessen Muskeln er nicht innervirt, gar keine Rolle spielt. Das Velum palatinum ist vielmehr in Abhängigkeit vom Vago-accessorius.

A. CARTAZ.

44) **Ducastel** (Paris). **Ein Fall von tuberculöser Perforation des harten Gaumens. (Tubercular perforation of the hard palate. Case.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 14. October 1898. N. Y. Med. News. 19. November 1898.*

D. sah einen Patienten mit einer Perforation des harten Gaumens, die er zuerst für syphilitisch hielt. Bei genauerer Untersuchung constatirte er nahe dem zweiten rechten Molarzahn eine kleine Ulceration, die mit einem weichen Belag bedeckt und von miliaren Knötchen umgeben war. Die Untersuchung der Lungen ergab Zeichen vorgeschrittener Tuberculose; dagegen ergab weder die Anamnese noch die Untersuchung des übrigen Körpers irgend etwas von Syphilis. Die Diagnose auf Tuberculose wurde durch die einige Wochen später stattfindende Section ganz sicher gestellt. Ausser den Erscheinungen in beiden Lungen fand sich eine grosse Ulcerationsfläche am harten Gaumen, in deren Rändern zahlreiche Tuberkelbacillen nachgewiesen wurden. Diese Localisation der Tuberculose ist selten, aber wegen ihrer grossen Aehnlichkeit mit Syphilis besonders wichtig.

LEFFERTS.

45) **Danlos. Frühe syphilitische Perforation des Gaumendachs. (Perforation syphilitique précoce de la voute palatine.)** *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. 10. Februar 1898.*

Der Fall ist nach drei Richtungen hin von Interesse:

1. Wegen des frühen Auftretens des Processes; die syphilitische Ansteckung war erst 10 Monate alt.

2. Wegen des Eintretens dieser tertiären Läsion trotz einer im ersten Anfang der Erkrankung eingeleiteten und 6 Monate hindurch regelmässig fortgesetzten Quecksilbercur.

3. Wegen des Fehlens aller anderen schweren Erscheinungen ausser der Affection am Gaumen.

Erwähnt werden muss, dass die Induration an der Stelle des Primäraffects noch fortbestand.

PAUL RAUGÉ.

46) **Georges Dubosc. Beitrag zum Studium der dermoiden Gebilde am Gaumensegel. (Contribution à l'étude des productions dermoides du voile du palais.)** *Thèse de Paris. 1898.*

Die Dermoidcysten des Gaumensegels sind pathologische Curiositäten. Sie

haben dieselben Symptome und dieselbe Structur, wie die Dermoidcysten anderer Regionen.

Ihre Prognose ist im allgemeinen gutartig, obgleich sie zum Ausgangspunkt eines Epithelioms werden und besonders bei Kindern schwere functionelle Störungen hervorrufen können.

Ihre Pathogenese ist nach der Verneuil'schen Einschlusstheorie zu erklären.

Ihre Therapie besteht in der totalen Exstirpation mit unmittelbarer Restauration des Gaumensegels.

A. CARTAZ.

47) **W. L. Bullard. Adenom des weichen Gaumens. (Adenoma of the soft palate.)** *N. Y. Med. Journal. 10. December 1898.*

Die Geschwulst sass ein wenig nach rechts. Es wurde ein Einschnitt durch die Schleimhaut gemacht und mittelst des Fingers und einer stumpfen Zange der Tumor leicht enucleirt. Die Blutung war ziemlich stark, liess sich aber nach der Herausschälung der Geschwulst leicht stillen. Die Wunde heilte in wenig Tagen; nach 10 Tagen hatte der Gaumen wieder ganz sein normales Aussehen.

LEFFERTS.

48) **Schellong** (Doerverden). **Ueber Geschwülste des weichen Gaumens.** Dissert. Göttingen 1897.

Unter den Neubildungen im Gebiete des weichen Gaumens kommen Papillome und Polypen einerseits, Sarcome andererseits am häufigsten vor. Das männliche Geschlecht ist am meisten zu solchen Neubildungen disponirt, wie Sch. auf Grund von 130 Fällen (eigene und fremde Beobachtungen) nachweist.

SEIFERT.

49) **Louis Vidal** (Nissam). **Angeborene und familiäre Spaltung des Gaumensegels. (Division congénitale et familiale du voile du palais.)** *Médecine moderne. 5. November 1898.*

Verf. beobachtete 3 Fälle von angeborener Gaumenspalte in derselben Familie, bei einer Frau von 34 Jahren, ihrem 36jährigen Bruder und dessen 5 bis 6 Wochen alter Tochter.

Verf. giebt eine genaue Beschreibung und Abbildungen der in seinen Fällen beobachteten Läsionen und bespricht im Anschluss daran die Frage der Pathogenese.

Es sind 3 Theorien aufgestellt worden:

1. Entwicklungshemmung gewisser Ossificationspunkte, Ausbleiben der Naht etc. (Sappey).

2. Embryonale Resorption (Toshut, Garel).

3. Hypertrophie der Knochen der Schädelbasis, hauptsächlich des Vomer (Grohé), dadurch Nachvorndrängen des Os incisivum und Verhinderung der Vereinigung der beiden Gaumenhälften.

Der Verf. neigt der dritten dieser Erklärungen zu. Bezüglich der Therapie legt sich Verf. folgende 3 Fragen vor: Soll man überhaupt eingreifen? Wann? Und nach welcher Methode?

a) Die Opportunität eines Eingriffes erscheint ihm zweifellos.

b) Was die Zeit des Eingriffes anlangt, so operiren Weber und Billroth im Alter von 4 Wochen; Simon von 15 Tagen; Rouge von 8 Tagen; Forgue und Reclus ziehen vor, zu warten. Das Alter von 7 Jahren (Trélat) hält der Verf. für das geeignetste.

c) Die Operation verdient den Vorzug vor der Prothese. Drei Methoden kommen in Frage:
   1. Die wiederholten Aetzungen. Das Resultat derselben ist nicht viel besser als das der Prothese.
   2. Die Staphylorraphie, die meist unzureichend ist.
   3. Die Uranoplastik, die vor allen anderen den Vorzug verdient.

PAUL RAUGÉ.

50) **L. Bérard** (Lyon). **Revolverschuss in das Gaumendach. (Coup de revolver dans la voute palatine.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. October 1898.*

Der auf Prof. Poncet's Abtheilung aufgenommene Patient, ein Alkoholiker, hatte sich mit einem kleinkalibrigen Revolver in den Mund geschossen. Im Gaumendach war eine Perforation zu sehen. Obgleich der Kranke schwere Nervensymptome darbot (Aphasie, fast allgemeine Contractur), wurde doch angenommen, dass das Projectil nicht in den Schädel eingedrungen sei, dass die nervösen Symptome vielmehr mit dem Alkoholismus in Zusammenhang ständen. In der That fühlte man beim Eingehen in den Pharynx oben in demselben etwas rechts von der Mittellinie eine hervorspringende Stelle, die für den Sitz der Kugel gehalten wurde. Nachdem man vergeblich versucht hatte, den Fremdkörper mit einer durch die Nase eingeführten Curette zu entfernen, wurde eine gebogene Sonde durch den Mund eingeführt. Mit dieser gelang es, die Kugel zu lockern; sie fiel in die Nase und wurde von dort leicht entfernt. Der Kranke heilte nach einfacher chirurgischer Behandlung.

PAUL RAUGÉ.

d. Diphtheritis und Croup.

51) **Joseph Nicolas** (Lyon). **Die verschiedenen Diphtheriesera agglutiniren die gleichen Culturen von Loeffler'schen Bacillen. (Les divers sérums antidiphthériques agglutinent les mêmes échantillons de bacille de Loeffler.)** *Société de Biologie. 29. October 1898. Province médicale. 29. October 1898.*

N. hat früher mitgetheilt (Soc. de Biologie, Juni 1898), dass ein im Laboratorium von Prof. Arloing hergestelltes Diphtherieserum gewisse Culturen von Diphtheriebacillen agglutinirte, während es andere unbeeinflusst liess.

Er hat nun in einer weiteren Versuchsreihe geprüft, wie sich Sera verschiedener Herkunft den verschiedenen Bacillen gegenüber verhalten. Zur Prüfung kam ausser dem Serum von Lyon ein solches von Montpellier, von Lille, von Grenoble und eines vom Institut Pasteur. Es ergab sich, dass alle diese Sera dieselben Röhrchen agglutinirten und dieselben intact liessen.

PAUL RAUGÉ.

52) **Barbier** und **Tollemer** (Paris). **Der Werth des kurzen Bacillus bei der Diagnose der Diphtherie. (De la valeur du bacille court dans le diagnostic de la diphthérie.)** *Société médicale des Hôpitaux. 11. November 1898.*

Die Verff. berichten über einen Fall von pseudomembranöser Angina bei einem Kinde, das im Collaps starb.

Die Untersuchung der Membran ergab das Vorhandensein von Streptokokken, Staphylokokken und kurzen Bacillen.

Bei der Autopsie fanden sich die Streptokokken in allen Organen, Löfflersche Bacillen nur in der Protuberanz.

Es ist danach wahrscheinlich, dass das Kind einer Streptokokkensepticämie erlag. Andererseits gestattet das Fehlen langer Bacillen im Halsexsudat nicht, die Diagnose Diphtherie auszuschliessen.

PAUL RAUGÉ.

53) **d'Astros** (Marseille). **Die Diagnose der Mischdiphtherie. (Diagnostic de la diphthérie associée.)** *Congrès de Gynécologie et de Pédiatrie de Marseille. 8.—15. October 1898.*

Die Diagnose ist nur aus dem Gesammt der bakteriologischen und klinischen Zeichen zu stellen.

Die Gegenwart mehrerer Mikroben kann einfach eine Coexistenz derselben bedeuten. Die klinische Beobachtung muss entscheiden, ob die Coexistenz thatsächlich auch eine Mischinfection ist.

Gewiss ist, dass die maligne Diphtherie meistens Mikrobengemische aufweist. Aber es ist auch erwiesen, dass gewisse schwere Formen reine Diphtherien sein können.

PAUL RAUGÉ.

54) **J. Parabia** (Barcelona). **Klinische Mittheilung betreffend einen Fall von croupös-diphtheritischer Laryngitis. (Noticia clinica referente á un caso de laringitis crupal-difterica.)** *Anal. de Obstetric., Ginecopat. y Pediatria. No. 217. 1898.*

Verf. berichtet über den Fall eines 6jährigen Knaben, bei welchem in der Rekonvalescenz von Masern plötzlich die Symptome einer croupösen Larynxaffektion auftraten. Während der Dauer derselben unter Serumbehandlung Erscheinungen von Dermatosen, Drüsenschwellungen etc., welche nach P. auf die Toxine des Heilserums zu beziehen sind.

R. BOTEY.

55) **P. Roca** (Madrid). **Drei Fälle von Diphtherie mit Recidiv im Zeitraum von 2 bis 5 Monaten; Serumtherapie; Heilung. (Tres casos de difteria con recidiva en intervalo de dos á cinco meses. Seroterapia. Curacion.)** *La Oto-Rino-Laring. Espan. No. 11. 1898.*

Im Anschluss an die Beobachtung einiger Fälle von Diphtherie, bei denen nach 2 resp. 5 Monaten ein Recidiv auftrat, stellt Verf. Betrachtungen an über die Dauer der Immunität nach Behandlung mittelst Heilserum und über die relative Schwere der Recidive, sowie im Allgemeinen über die Serumtherapie und die Aussichten auf Heilung der Diphtherie mittelst derselben.

R. BOTEY.

56) **E. Ausset. Diphtheritische Angina und Laryngitis bei einem Kind von 9 Monaten. (Angine et laryngite diphthériques chez un sujet de 9 mois.)** *Bull. soc. de méd. du Nord. 25. November 1898.*

9 Monate altes Mädchen wegen schwerer Rachen- und Kehlkopfdiphtherie ins Krankenhaus gebracht. Die Untersuchung der Membranen ergiebt Loeffler-sche Bacillen. Da starker Stridor besteht, wird die Intubation gemacht. Die Tube bleibt 12 Stunden liegen. Ausserdem werden 10 ccm Serum eingespritzt. Am Abend darauf muss die Tube von neuem eingeführt werden und die ganze Nacht liegen bleiben. Am 3. Tage sind die Kehlkopferscheinungen verschwunden, die Bronchitis nimmt ab. Das Kind kommt zur Heilung.

A. CARTAZ.

57) **E. Ausset. Angina diphtheritica mit Croup; 7 Tage lang fortgesetzte Intubation. Tod durch Glottiskrampf. (Angine diphthérique avec croup, tubage prolongé pendant 7 jours, mort par spasme de la glotte.)** *Echo médical du Nord. 27. November 1898.*

2jähriges Kind, mit Masern ins Krankenhaus aufgenommen, nach Verschwinden des Exanthems an schwerer Diphtherie erkrankt. Seruminjection und Intubation. Sobald die Tube herausgezogen wird, bekommt das Kind starke Dyspnoe, so dass es kaum 1 Stunde ohne Tube sein kann. Einmal wird die Asphyxie so erheblich, dass man zur Chloroformnarkose Zuflucht nimmt und die Tube sofort wieder einführt. Die Diphtherie ist überwunden, aber die Asphyxie besteht noch immer. Man beschliesst, die Tracheotomie zu machen. Während der Vorbereitungen zu derselben wirft das Kind die Tube in einem Hustenstoss aus und stirbt nach wenigen Secunden, ehe noch Hilfe möglich ist. Die Section ergiebt Ulcerationen der Kehlkopfschleimhaut im Vestibulum und unterhalb der Glottis, an den Stellen, an denen die Tube auflag. Verf. hält diese Ulcerationen für die Ursache des Glottiskrampfs.

A. CARTAZ.

58) **Roger** und **Garnier. Verallgemeinerung tracheo-bronchialer Diphtherie. (Diphthérie trachéo-bronchique généralisée.)** *Presse méd. 9. November 1898.*

Die Verff. beobachteten einen Fall von Diphtherie, der unter anhaltender und zunehmender Dyspnoe zum Tode führte. Als Ursache derselben stellte sich eine ausgedehnte Pseudomembran heraus, die vom Larynx ohne Unterbrechung bis in die kleinsten Verzweigungen der Bronchien reichte. Eine Seruminjection brachte keinen Nutzen und der Tod trat thatsächlich durch die mechanisch verursachte Asphyxie ein.

A. CARTAZ.

59) **Kuleschow. Fall von Diphtherie mit der seltenen Complication von Lungenparalyse. (Slutschei dipterita s retkim oslaschneniem paralitscha leehkich.)** *Medicina. 20. September 1897.*

Eine Woche nach der diphtheritischen Erkrankung vollständiges Wohlbefinden. Dann plötzliches Erbrechen ohne jegliche Ursache, krampfhaftes Athmen, Tod durch Lungenlähmung.

P. HELLAT.

60) **Hibbard. Herzcomplicationen bei Diphtherie. (Heart complications in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 24. September 1898.*

Verf. constatirte, dass von den Patienten, deren Pulszahl 100 übersteigt,

weniger als die Hälfte zur Genesung kommen. Die Pulsfrequenz und die Mortalität stehen in einem directen Verhältniss und bei Pulszahlen über 150 kommt Heilung relativ selten zu Stande. Starke Pulsverlangsamung ist weniger bedeutungsvoll, aber bei Kindern hat die Bradycardie zuweilen doch eine üble Vorbedeutung. Schwankungen im Rhythmus und in der Höhe des Pulses kommen in etwa 10pCt. der Fälle vor und sind ein warnendes Signal, das auf Complicationen seitens des Herzens hinweist. Auch ein systolisches Geräusch an der Spitze trifft man in etwa 10pCt. der Fälle. Es ist meist durch eine relative Insufficienz der Mitralis in Folge Dilatation des Ventrikels bedingt und nur selten eine Folge von Endocarditis diphtheritischen Ursprungs. Das Geräusch an sich hat wenig zu sagen; wenn aber Vergrösserung der Herzdämpfung und ein accentuirter zweiter Ton über der Pulmonalis vorhanden sind, gestaltet sich die Prognose weniger günstig.

LEFFERTS.

61) **F. Sachs. Ueber die Ursachen der Athemnoth im Verlauf der häutigen Bräune und Beiträge zur Behandlung dieser Krankheit. (O przyczynach powstawania duszności w przebiegu dławca oraz kilka uwag o leczeniu dławca.)** *Medycyna. No. 8, 9. 1899.*

Nachdem Verf. die von verschiedenen Autoren angegebenen Theorien der Athemnoth im Verlauf des Larynxcroups (Bretonneau'sche Hypothese, Larynxspasmus reflectorischen Ursprungs und andere) kritisch besprochen hat, giebt er praktische Winke für die Behandlung der oben genannten Erscheinungen.

In Fällen, in denen die Athemnoth grösstentheils von der Verstopfung durch Pseudomembranen abhängig ist, ist in erster Linie die Herausbeförderung der letzteren indicirt.

In den Fällen aber, wo die Athemnoth hauptsächlich als spastische Erscheinung auftritt, muss die Therapie in dieser Richtung einschreiten.

A. v. SOKOLOWSKI.

62) **Bonamy** (Nantes). **Eucalyptusdämpfe bei Croup. (Des vapeurs à base d'eucalyptus dans le croup.)** *Assoc. franç. pour l'avancement des Sciences. Session de Nantes. August 1898.*

Wie Variot und Sevestre zeigten, werden die Resultate der Serumtherapie sehr wirksam unterstützt durch den Gebrauch von Dämpfen vor und nach der Operation. Für die nützlichsten hält B. die Eucalyptusdämpfe. Er hat sie in seinen Isolirbaracken angewendet und hat seither weder einen Fall von Contagion, noch Bronchopneumonie beobachtet. Die Eucalyptusdämpfe verhüten also nicht allein die Uebertragung der Diphtherie, sondern bei den Kranken selbst die bei der Diphtherie ebenso häufigen wie gefährlichen Secundärinfectionen.

Die Dämpfe wurden mittelst eines Dampfzerstäubers, der eine Infusion von Eucalyptusblättern (60 g auf 1 Liter) enthält, hergestellt. Die Zerstäuber arbeiteten ununterbrochen, so dass die Luft der Krankenzimmer beständig mit den Dämpfen gesättigt war und das Wasser an den Wänden des auf 18—20° gehaltenen Zimmers herablief.

Unter dem Einfluss dieser Dämpfe lösten sich die fibrinösen Exsudate und die Pseudombranen sehr schnell auf. Ueber seine Resultate giebt B. folgende Tabelle. Behandelt wurden:

1884—85	5	Croupfälle:	operirt	4,	gestorben	1
86	4	"	"	4,	"	2
89	4	"	"	2,	"	1
90	4	"	"	3,	"	0
93	1	"	"	1,	"	0

Im ganzen also 18 Fälle von Croup, davon 14 operirt mit 4 Todesfällen; d. i. 22 pCt. Mortalität der Gesammtfälle, 28,5 pCt. der operirten.

PAUL RAUGÉ.

63) **Sevestre** (Paris). **Die gegenwärtige Behandlung des Croup. (Le traitement du croup à l'époque actuelle.)** *Congrès de gynécologie et de pédiatrie de Marseille. 8.—15. October 1898.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass das Serum ein wirksames Mittel gegen Croup ist. Man muss eine Injection machen, sobald die Erkrankung sich auf den Larynx ausbreitet. Ist die erste Injection nicht ausreichend, so muss sie bald erneuert werden.

PAUL RAUGÉ.

64) **Sevestre. Die derzeitige Prognose und Therapie des Croups. (Le pronostic et le traitement du croup à l'époque actuelle.)** *Bulletin médical. 19. October 1898.*

Aus dem Vergleich früherer und jetziger Statistiken überzeugt sich S. von dem günstigen Einfluss der Serotherapie auf die Heilung der Kehlkopfdiphtherie.

Die Statistik von Roger und Sic umfasst die Jahre 1826 bis 1898 mit:
10721 Fällen, 2107 Heilungen, 8614 Todesfällen.

Die Statistik von Archambault reichte von 1866 bis 98 mit:
4241 Fällen, 1011 Heilungen, 3230 Todesfällen.

Sevestre selbst giebt eine Statistik über die 3 Jahre 1895—98 mit:
1137 Fällen, 863 Heilungen, 274 Todesfällen.

Unter den 274 tödtlich endigenden Fällen trat der Exitus 136 mal während der ersten 24 Stunden des Aufenthalts im Krankenhause ein.

Diese günstigen Resultate sind in erster Linie dem Serum zu danken. Daneben freilich dürfen die anderen Anordnungen nicht vernachlässigt werden.

Die Intubation hat die Tracheotomie ersetzt; sie verdient nach S. den Vorzug, erfordert aber eine ständige ärztliche Ueberwachung und ist ausserhalb des Spitals schwer anzuwenden.

A. CARTAZ.

65) **M. Straub** (Amsterdam). **Die Serumtherapie der Diphtherie. Literatur-Uebersicht. (De serumtherapie der diphtherie. Literatuur-Overzicht.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 6. 1899.*

Kritische Besprechung der Frage auf Grund der neueren Literatur. Wenn auch die Argumente, welche für die Heilkraft des Serums sprechen, namentlich die Abnahme der absoluten Mortalität der Diphtherie, dem Verf. sehr wichtig erscheinen, so reichen dieselben doch noch nicht aus, um ein endgültiges Urtheil darauf zu basiren.

H. BURGER.

66) **A. P. Fokker** (Groningen). **Die Serum-Therapie der Diphtherie. (De serumtherapie der diphtherie.)**
67) **M. Straub. Ibid.**
68) **C. H. H. Spronck** (Utrecht). **Noch etwas über die Serum-Therapie der Diphtherie. (Nog iets over de serumtherapie der diphtherie.)**
69) **A. P. Fokker. Die Serum-Frage. (De serum-quaestie.)**
70) **M. Straub. Antwort.**
71) **A. P. Fokker. Prof. Spronck in der Serum-Frage. (Prof. Spronck in de serum-quaestie.)**
72) **A. P. Fokker. Prof. Straub in der Serum-Frage. (Prof. Straub in de serum-quaestie.)**
73) **C. H. H. Spronck. Prof. Fokker's Möglichkeiten. (Prof. Fokker's mogelykheden.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 8—12. 1899.*

Eine an die Arbeit Straub's anknüpfende, leider nicht immer rein sachliche Discussion über den Werth der Serumtherapie, sowie der Bakteriologie überhaupt.

H. BURGER.

74) **Ippolitow. Resultate der Anwendung von Antidiphtherieserum zu therapeutischen Zwecken in einigen Gegenden von Russland. (Resultati primenenija antidifteriinoi siworotki s letschebnoju tselju w nekotorich mestnostjach rossii.)** *Westnik gigieni. April 1897.*

J. hat für die Jahre 1895 und 1896 die Literaturangaben aus 29 Ortschaften gesammelt. Die Anzahl der behandelten Fälle beträgt 43552, die Sterblichkeit 12pCt. Der Autor hebt den noch nie dagewesenen geringen Procentsatz der Sterblichkeit hervor. In denselben Gegenden betrug die Sterblichkeit bis dahin stets 30—70pCt. Neben den eigenen Angaben führt J. die Zahlen des Medicinaldepartements an. Seit 1887 wurde bis 1894 eine im Allgemeinen steigende Erkrankungszahl notirt (100000—220000) bei einer Mortalität von 31,8—33,5pCt. Im Jahre 1895 betrug die Anzahl der Erkrankungen 237156 mit einer Sterblichkeit von 21,6pCt.

Eine deutliche Herabsetzung der Mortalität tritt nur in den Ortschaften mit landschaftlicher Selbstverwaltung (semstwo) ein; in den übrigen Gouvernements, Sibirien, Polen, Ostseeprovinzen, bleibt die Sterblichkeit auch für das Jahr 1895 die gleiche. Es ist nicht schwer, die Ursache zu errathen. In den letztgenannten Ortschaften wurde für die regelmässige Anwendung des Serums keine Sorge getragen.

P. HELLAT.

75) **Max Schmidt. Bericht aus der Diphtherieabtheilung des Riga'schen Krankenhauses.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 49. 1898.*

S. giebt in seinem Vortrage einige Zusammenstellungen über die procentuale Sterblichkeit vor und während der Serumperiode.

Merkwürdig ist der Umstand, dass der Autor seine vaterländische Literatur überhaupt nicht oder nur via Wien kennt. Dies ist um so eigenthümlicher, als gerade viele vorzügliche Arbeiten über die Diphtheriefrage aus Russland stammen.

P. HELLAT.

76) **Sidney Martin** und **G. B. Hunt. Behandlung der Diphtherie mit Serum im University Hospital 1896 und 1897. (Diphtheria treated with antitoxin serum in University Hospital during 1896 and 1897.)** *N. Y. Med. Record. 21. Oct. 1898.*

Die Diphtheriesterblichkeit fiel von 28 pCt. im ersten Serumjahr auf 17,7 und 17 pCt. in den beiden nächsten Jahren. Ausser dem Einfluss des Serums ist ein Grund für dieses Heruntergehen nicht aufzufinden. Der volle Erfolg des Serums kam erst zur Geltung, als man grosse Dosen anwandte (durchschnittlich 7000—8000 J. E.). Die Initialdose, die man in jedem Falle zu geben hat, sollte nicht unter 6000 Einheiten betragen. Man soll diese Dosis sofort und auf einmal geben. Das Resultat der bakteriologischen Untersuchung darf nicht abgewartet werden, da sich gezeigt hat, dass das Serum nur wenig mehr wirkt, wenn es nach dem 4. Tage gegeben wird.

Das Serum setzt nicht nur die Mortalität herab, sondern verringert auch die Schwere der Erkrankung. Man sieht die Dauer des Fiebers geringer werden, besonders aber sieht man die Ausbreitung der Membran aufhören und ihre Abstossung sich beschleunigen. Es spricht sich dies speciell aus in der Reduction der Mortalität der tracheotomirten Fälle von 65,5 auf 26,4 pCt. LEFFERTS.

77) **Albert Woldert. Ueber die Berechnung der Diphtheriemortalität aus den Mortalitäts-Statistiken einer Grossstadt. (Facts regarding the death-rate of diphtheria when based on the mortality statistics of a city.)** *N. Y. Medical News. 24. September 1898.*

W. weist auf eine Reihe von Fehlerquellen hin, denen man bei der Beurtheilung des Heilwerthes des Diphtherieserums aus den Mortalitätstabellen einer Grossstadt ausgesetzt ist. Aus einer sorgfältigen Analyse der Statistiken von Philadelphia zieht er drei Schlüsse: 1. Die Zeit der Anwendung des Serums ist noch zu kurz, um über seinen Werth ein sicheres Urtheil zu haben. 2. Das Serum ist nicht so oft angewendet worden, als der Fall sein sollte. 3. Das Serum traf gerade nach einer Periode ein, in der die Heilungsaussichten für die Kranken schrittweise heruntergegangen waren. LEFFERTS.

78) **Ballenghien** (Roubaix). **Die Tracheotomie und die Intubation ausserhalb des Krankenhauses. (De la tracheotomie et du tubage en dehors des milieux hospitaliers.)** *Académie de Médecine. 30. August 1898.*

Während Sévestre die Intubation auf das Spital beschränken will, weil sie eine dauernde und besonders geschulte Ueberwachung der Kranken erfordert, erklärt B. die Operation auch ausserhalb des Krankenhauses für möglich und rathsam, sofern nur intelligente und kaltblütige Personen in der Umgebung des Kranken sind. Tritt die Extubation ein, so ist die Asphyxie durchaus keine unmittelbare und man hat gewöhnlich Zeit, den Arzt zu holen, um die Tube wieder einzulegen. PAUL RAUGÉ.

79) **Jacques** (Marseille). **Die Intubation des Kehlkopfs in der Privatpraxis. (De l'intubation du larynx dans la clientèle privée.)** *Congrès de Gynécologie et de Pédiatrie de Marseille. 8.—15. October 1898.*

Viele Aerzte scheuen sich vor der Intubation in der Privatpraxis, weil die

Ueberwachung der intubirten Patienten mit zu grossen Schwierigkeiten verknüpft wäre. G. tritt dieser Meinung entgegen. Man fürchtet nach der Intubation zweierlei: 1. Die Verstopfung der Tube und 2. ihre spontane Ausstossung.

Auf eine 11jährige Erfahrung von 190 Fällen von Intubation gestützt, versichert der Verf.:

1. dass die Verstopfung der Tube ein seltenes Ereigniss ist, wenigstens eine Verstopfung, die so schnell eintritt und so vollständig ist, dass unmittelbare Gefahr entsteht.

2. Die Deplacirung der Tube ist häufiger, aber auch weniger bedeutsam. Die Asphyxie, die nach ihr auftritt, wird kaum vor 4—16 Stunden bedrohlich, also erst nach einer Zeit, die in jedem Falle hinreicht, den Arzt zur Hülfe zu rufen. Uebrigens vermeidet man den Unfall leicht, wenn man eine Tube auswählt, die zu dem Alter des Knaben im richtigen Verhältniss steht und die im Larynx ausreichend fest eingeklemmt liegt. Verf. entfernt, ehe er den Kranken verlässt, stets den Faden; denn dieser ist eine häufige Ursache der Ausstossung der Tube.

Sevestre bekämpft J.'s Ausführungen. Nach seiner Meinung tritt die Asphyxie nicht selten so rapide ein, dass Hilfe nicht mehr rechtzeitig von auswärts geholt werden kann.

Delore theilt mit, dass man in Lyon die Intubation in der Privatpraxis wieder verlassen hat.

PAUL RAUGÉ.

80) **Llorente** (Madrid). **Die Intubation des Kehlkopfs ist die in der grossen Mehrzahl der Fälle, in welchen man bisher die Tracheotomie anwandte, indicirte Operation, nicht nur in den Krankenhäusern, sondern in der Privatklinik. (La intubacion de la laringe es la operacion indicada en la immensa generalidad de los casos, en que se empleaba la traqueotomia, no solo en los hospitales, sino en la clinica particular.)** *Congreso Hispano-Portugués de Cirugia. Madrid 1898.*

L. ist enthusiastischer Anhänger der Intubation.

R. BOTEY.

81) **Poliewktow. Von der Intubation bei Croup in der Privatpraxis. (Ob intubazi pri krupe w tschastnoi praktike.)** *Med. Obosrenie. No. 3. 1898.*

P. glaubt, dass die Intubation fast überall die Tracheotomie ersetzen kann. Namentlich empfiehlt er sie bei Säuglingen, bei denen die Tracheotomie weniger günstige Resultate giebt. —

Im Allgemeinen dürften die Ausführungen des Autors auf richtigen Beobachtungen und Thatsachen beruhen; Referent möchte aber doch vor zu grossen Hoffnungen in Bezug auf die Intubation warnen. Suffocation kann auch durch zu starke Schwellung der Tonsillen erfolgen. In einem solchen Falle ist die Intubation vollständig zwecklos.

P. HELLAT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

82) **Thibout. Gutartige Kehlkopfgeschwülste beim Erwachsenen. (Des tumeurs benignes chez l'adulte.)** *Thèse de Lille. 1898.*

Nichts Neues.

A. CARTAZ.

83) **Arth. Alexander** (Berlin). **Histologische Beiträge zur Lehre von den gutartigen Neubildungen der Stimmlippen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryng. Bd. 7. p. 239. 1898.*

Verf. untersucht die Frage der Betheiligung der Drüsen an der Entstehung und dem Aufbau der gutartigen Stimmlippentumoren. Er beschäftigt sich zuerst mit den Sängerknötchen, den kleinen höchstens stecknadelkopfgrossen, mehr oder weniger blassen, umschriebenen Knötchen, welche am freien Rande der Stimmlippen, etwas vor der Mitte derselben, recht oft beiderseitig an symmetrischen Punkten sitzen. Zur Erklärung dieser Knötchen sind 3 Hypothesen aufgestellt: 1. eine physikalische: Die Knötchen sind Folge einer mechanischen Reibung der Stimmlippenränder an einander; 2. eine physiologische: Die Knötchen bilden sich an Stellen, die Schwingungsknoten der Stimmbänder entsprechen; und 3. eine anatomische: Die Sängerknötchen stehen in Beziehung zu einer dicht unter dem Stimmlippenrande gelegenen Drüse. Verf. zeigt, dass die physikalische Erklärung zum mindesten nicht für alle Fälle Gültigkeit besitzt, dass die zweite (physiologische) Hypothese aber gänzlich hinfällig ist. Für die 3. von Fraenkel aufgestellte Erklärung bringt er durch Untersuchung von drei Knötchen, (von deren Präparaten er photographische Abbildungen giebt) eine neue Stütze. An den Schnitten der Knötchen sieht man die acinösen Läppchen und den Ausführungsgang der von Fraenkel beschriebenen Drüse. Verf. erklärt das Zustandekommen des Knötchens durch behinderten Secretabfluss und Anschwellung dieser Drüse; die Epithelverdickung ist erst eine secundäre. A. behauptet übrigens nicht, dass alle Sängerknötchen derartige Drüsenknötchen darstellen; er hat selbst viele völlig drüsenfreie untersucht. Dagegen sieht er in der Drüsenschwellung eine recht häufige und wichtige Entstehungsursache der Knötchen.

Verf. bespricht dann die Stimmlippenknötchen der Kinder, deren glandulärer Ursprung ebenfalls recht wahrscheinlich ist.

In einem dritten Capitel berichtet Verf. über 2 Retentionscysten, welche an der Grenze des vorderen und mittleren Drittels der Stimmlippen sassen und deren glandulärer Ursprung aus den abgebildeten Präparaten hervorgeht.

F. KLEMPERER.

84) **Arthur Alexander** (Berlin). **Histologische Beiträge zur Lehre von den gutartigen Neubildungen der Stimmlippen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryng. Bd. 8. H. 2. p. 217. 1898.*

Die Fortsetzung der A.'schen Abhandlung enthält in ihrem ersten Theil einen „historischen Rückblick auf die Entwickelung der Lehre vom histologischen Bau der gutartigen Kehlkopfneubildungen, mit besonderer Berücksichtigung der

sogen. Fibrome und Myxome". Verf. unterscheidet 4 Perioden der Entwicklung: Die erste früheste, in der von einer histologischen Untersuchung im modernen Sinne noch nicht eigentlich die Rede ist; die zweite, 1837 mit Ehrmann beginnende und bis 1861 reichende, in der bereits verwerthbare mikroskopische Untersuchungen vorliegen; die dritte, bis 1886 reichende, die unter den bedeutungsvollen Einflüssen der Virchow'schen Geschwulstlehre einerseits und der Entdeckung des Laryngoskops andererseits steht; endlich eine 4. Periode, welche durch drei Arbeiten eingeleitet wird, Virchow's Abhandlung über die Pachydermia laryngis, Semon's Sammelforschung über die Frage des Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige und B. Fraenkel's Arbeit über den Kehlkopfkrebs.

Im zweiten Theile berichtet A. ausführlich über seine eigenen sehr gründlichen mikroskopischen Untersuchungen an Stimmlippenfibromen. Er bespricht das Verhalten der Drüsen und der Gefässe in diesen Tumoren, sowie besonders die degenerativen Vorgänge im Gewebe der Kehlkopfpolypen. In den Fibromen findet sich stets eine hyaline Degeneration der Gefässwände und Erweiterung der Gefässe. Die letztere resultirt aus der ersteren. Der Erweiterung der Gefässe folgt dann die Transsudation des Blutserums. Das Oedem der Polypen hält Verf. für ein entzündliches, für die Folge einer Durchlässigkeit der Gefässe, welche ihrerseits aus einer abgelaufenen Entzündung resultirt. Der erste Ursprung der Polypenbildung aber muss in einem besonders veränderten Zustand des Matriculargewebes, der Plica vocalis, gesucht werden. Ausdruck dieses veränderten Zustandes ist die hyaline Degeneration der Gefässwandungen mit ihrer Folge, der Gefässerweiterung.

Die werthvollen Untersuchungen A.'s, die durch zahlreiche Abbildungen illustrirt sind, lassen sich im Referate nicht erschöpfend wiedergeben; das Studium der Originalarbeit ist erforderlich.

F KLEMPERER.

85) **Ino. W. Farlow. Ein Fall von subglottischem Fibrom, durch Tracheotomie und Curettement entfernt. (A case of subglottic fibroma. Removal by tracheotomy and curetting.)** *N. Y. Medical Journal. 11. December 1897.*

Nach einem auf dem 19. Congress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrage (vergl. Centralbl. XV. S. 90).

LEFFERTS.

86) **Gevaert** (Gent). **Betrachtungen über die Larynxpapillome. (Considérations sur les papillomes du larynx.)** *No. 25. 1898.*

Nach einem allgemeinen Ueberblick über die Natur und Structur, die Häufigkeit des Vorkommens und die Operationsmethoden der Larynxpapillome theilt G. eine Reihe interessanter von ihm operirter Fälle mit zur Beleuchtung seiner Auseinandersetzungen.

BAYER.

87) **Hennebert. Stimmbandpapillome. (Papillomes de la corde vocale.)** *Journ. Méd. de Bruxelles. 1898.*

Im med. Cercle von Brüssel, Sitzung vom 1. Juni 1898, zeigt H. 2 erbsengrosse Papillome, herstammend von 2 Individuen, bei welchen beiden je ein Papillom auf dem rechten Stimmband nächst der vorderen Commissur aufsass.

BAYER.

88) **Egm. Baumgarten** (Budapest). **Ueber die Kehlkopfpapillome bei Kindern und deren Behandlung.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 8. H. 1. p. 168.*

Verf. giebt die Krankengeschichten zweier Zwillingsschwestern, die er beide seit 3—4 Jahren wegen beständig recidivirender Papillome behandelt. Er knüpft daran Erörterungen über die Therapie dieser Tumoren, aus denen folgendes hervorzuheben ist.

Die Tracheotomie ist nur in den seltensten Fällen zu umgehen. Nach derselben tritt oft eine auffallende Verkleinerung der Papillome ein.

Für jeden Fall kommt die Zeit, in welcher die Recidivfähigkeit der Papillome nach der Operation aufhört; meist ist dies erst nach Monaten oder Jahren der Fall, selten schon während der ersten Operationszeit; ob man endolaryngeal operirt oder den Kehlkopf spaltet, ist in dieser Beziehung ganz gleichgültig.

Plötzliche Todesfälle nach der Tracheotomie kommen vor; Papillome und Granulome unterhalb der Canüle sind ihre Ursachen.

Die Intubation hält Verf. nicht für gerechtfertigt; die Tube reisst leicht Papillome ab, die in die tieferen Luftwege fallen und gefährliche Complicationen verursachen können.

Die Laryngofissur hält Verf. nur bei sehr renitenten Kindern für angebracht, wenn es nicht gelingt, endolaryngeal zu operiren; ferner im Anschluss an die Tracheotomie in den Fällen, in denen der Canülenwechsel besonders gefährlich ist und Chromsäureätzungen der Papillome, die Verf. wärmstens empfiehlt, nicht rasch zum Ziele führen. Für alle anderen Fälle aber hält Verf. nach erfolgter Tracheotomie das Löri'sche Verfahren für das beste. Verf. beschreibt die Löri'schen Metallkatheter, die an verschiedenen Stellen 2—3 mm von der Spitze entfernt einen ungefähr ½ cm grossen, ovalen, scharfrandigen Ausschnitt haben. Dieselben werden unter Leitung des Spiegels oder ohne denselben in den Larynx eingeführt, gegen die Stelle gedrückt, an der das Papillom sitzt, und zurückgezogen. Sie bringen das Papillom mit; ist keines vorhanden oder sitzt dasselbe an anderer Stelle, so kommen sie leer zurück; niemals können sie den Kehlkopf verletzen. Verf. räth dringend, dies Verfahren, das sich durch „Einfachheit, Eleganz und Sicherheit“ auszeichnet, zu versuchen.

F. KLEMPERER.

89) **Bruno Retzlaff** (Berlin). **Prophylaktische Tracheotomie behufs endolaryngealer Ausrottung eines grossen Papilloms der rechten Stimmlippe.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. H. 2. p. 388. 1898.*

Patientin, eine 25jährige Frau, im 5. Monat schwanger, wurde auf der B. Fraenkel'schen Klinik behandelt. Der Tumor ragte mit einem haselnussgrossen Theil in den oberen Kehlkopfraum hinein, während ein kleinwallnussgrosses Stück in den subglottischen Raum hinabhing. Obgleich keine stärkere Athemnoth bestand, wurde doch aus prophylaktischen Rücksichten unter lokaler Cocainanaesthesie die Tracheotomie gemacht; in den nächsten Tagen wurde dann in voller Ruhe und mit grösserer Sicherheit, als es ohne die Tracheotomie möglich gewesen wäre, in mehreren Sitzungen mit der Zange die Geschwulst entfernt.

F. KLEMPERER.



90) **Stein** und **Juschzenhoff. Ein Fall von cystenförmig degenerirten Neubildungen, welche die beiden wahren Stimmbänder umschlossen.** *Mon. f. Ohr. No. 2. 1898.*

Der Titel besagt das Nöthige; Krankengeschichte und mikroskopischer Befund sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

91) **Gaudier. Ein neuer Fall von typischem hyalinen Myxom des Kehlkopfs. (Un nouveau cas de myxome hyalin typique du larynx.)** *Annales des malad. de l'oreille, du larynx etc. No. 4. April 1898.*

Verf. berichtet über seinen Fall und über die Ergebnisse der histologischen Untersuchung desselben. In der Literatur hat er nur 9 ähnliche Fälle auffinden können.

E. J. MOURE.

92) **Alexander Baurowicz. Ueber Schilddrüsengeschwülste im Innern des Kehlkopfes und der Luftröhre.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. H. 2. p. 362. 1898.*

Krankengeschichte eines Falles. Die 21jährige Kranke war vor ca. 5 Monaten wegen Kropf operirt worden und trug eine Tracheotomiecanüle. Unter dem unbeweglich in Mittellinie stehenden linken Stimmbande sitzt eine glatte rothe Geschwulst, welche nahezu den ganzen subglottischen Raum bis zum Fenster der Canüle ausfüllt. Die Diagnose wurde auf strumöse Kehlkopf-Luftröhrengeschwulst gestellt und in der Chloroformnarkose am hängenden Kopf mittelst partieller Laryngotomie die Exstirpation vorgenommen.

Die makroskopische, wie die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst sprechen dafür, dass es sich um ein Hineinwuchern der Struma von aussen her handelte.

Verf., der im Ganzen 8 zuverlässige Fälle von Schilddrüsengeschwülsten im Innern des Kehlkopfes zusammenstellt, wendet sich gegen die zumeist vertretene Theorie, dass es sich um embryonal versprengte Keime handelt, die im Pubertätsalter zur Entwicklung kommen, und bekräftigt die von Ziemssen zuerst ausgesprochene, von Paltauf überzeugend erwiesene Anschauung, dass eine von der Zeit der Entwickelung herrührende abnorme Fixation zwischen Schilddrüse und Trachea vorliegt und infolge dieser normales Schilddrüsengewebe in Kehlkopf oder Luftröhre hineinwuchert.

F. KLEMPERER.

93) **H. Gaudier. Die endolaryngeale Operation der Kehlkopfpolypen; Bericht über 14 in der Klinik operirte Fälle. (Traitement operatoire endo-laryngé des polypes du larynx à propos de 14 cas opérés à la clinique.)** *Echo méd. du Nord. 23. October 1898.*

G. berichtet über 14 Fälle von Fibrom, Myxom (1 Fall) und Papillom, die er operirt hat, und verbreitet sich sehr eingehend über die operative Technik. Er bedient sich der Zange von Dundas Grant und wenn der Tumor an der vorderen Commissur sitzt, der Türk'schen oder der Fauvel'schen Zange.

A. CARTAZ.

94) **Siegele. Ueber einen Fall von Epidermoid des Stimmbandes.** *Münchener med. Wochenschr. No. 29. 1898.*

Hirsekorngrosses schneeweisses Atherom auf dem rechten Stimmband einer 38jährigen Frau, eine äusserst seltene Geschwulstform. SCHECH.

95) **Ernst Barth** (Brieg). **Zur Casuistik des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. p. 287. 1898.*

Pat. ist als Soldat 1875 und 1876 wiederholt wegen „Kehlkopfpolypen" mit dem Galvanokauter geätzt worden. Bei der Entlassung 1876 wurden im Kehlkopfinneren „mehrere bis erbsengrosse Wucherungen (Polypen)" constatirt. 1878 besteht „vollständige Heiserkeit und unveränderter Zustand des Kehlkopfs". Der Pat. blieb stets heiser, war aber sonst gesund, heirathete 1883 und hatte 6 gesunde Kinder. Erst 1890 begann seine Arbeitsfähigkeit nachzulassen, seit 1892 besteht hochgradige Athemnoth. 1897 stirbt der Patient an Kehlkopfcarcinom. B. berichtet über den Sectionsbefund und über die mikroskopische Untersuchung des Tumors (Abbildung); derselbe zeigt das typische Bild des Carcinoms; daneben aber bestehen noch Wucherungen, die rein papillomatösen Bau aufweisen. Durch den Krankheitsverlauf von 23jähriger Dauer, sowie durch das Resultat der histologischen Untersuchung hält es Verf. für erwiesen, dass hier einer der seltenen Fälle von Umbildung einer anfänglich gutartigen Kehlkopfgeschwulst in eine bösartige vorliegt. F. KLEMPERER.

96) **Gouguenheim** und **Lombard. Epitheliom des Kehlkopfs. (Epithelioma du larynx.)** *Annal. des malad. de l'oreille. No. 12. December 1898.*

Mittheilung eines Falles, in dem das Epitheliom als gestielter papillomatöser Tumor auftrat. Der Kranke entzog sich 3 Monate nach der endolaryngealen Exstirpation der Geschwulst der weiteren Beobachtung. E. J. MOURE.

97) **Thomas Jonnesco** (Bucarest). **Epitheliom des Kehlkopfs. Totalexstirpation des Larynx ohne vorherige Tracheotomie nach der Methode von Perier. Heilung. (Epithelioma du larynx. Exstirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable par le procédé de Perier. Guérison.)** *Société de Chirurgie. 20. April 1898.*

45jähr. Mann. Beginn der Krankheit vor 6 Monaten. Das Epitheliom nahm die Epiglottis und den oberen Theil des Larynx ein. Von Symptomen waren Heiserkeit, Dysphagie und Schmerzen vorhanden. Die Operation fand am 8. December 1897 statt. Exstirpirt wurden der Larynx mitsammt der Epiglottis, ein Stück vom Zungenbein und der rechte Lappen der Schilddrüse. Die Trachea wurde in die Wunde eingenäht. Die Ernährung fand zuerst durch eine Dauersonde statt, die durch die Nase eingeführt war, dann durch einen Magenschlauch, der nur zu den Zeiten der Mahlzeiten eingeführt wurde.

Ein künstlicher Larynx nach Perier-Aubry wurde eingesetzt und der Kranke kann sich jetzt recht deutlich verständlich machen.

Die histologische Untersuchung des Tumors kennzeichnete denselben als Pflasterzellen-Epitheliom mit Epidermisnestern. PAUL RAUGÉ.

98) **Duret. Laryngectomie wegen Kehlkopfkrebs. (Laryngectomie pour cancer du larynx.)** *Journal des Sciences médicales de Lille. 23. Juli 1898.*

D. hat die Operation zweimal bei Krebsen, die auf den Larynx beschränkt geblieben waren, ausgeführt. Er wählte die Methode von Perier und Terrier, die er in der Weise modificirte, dass er die durch die Exstirpation des Larynx entstandene Oeffnung mittelst einer Naht am Periost des Zungenbeins schloss.

PAUL RAUGÉ.

99) **Liaras** und **Brindel. Epitheliom des Kehlkopfs. Demonstration des Präparates. (Epithelioma du larynx. Presentation de pièces anatomiques.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. No. 51. 18. December 1898.*

Es handelt sich um ein gelapptes Pflasterzellenepitheliom mit ulcerirter Oberfläche. Im Crico-arytaenoid-Gelenk fand sich Eiter. Die Neubildung war von der Innenfläche eines Aryknorpels ausgegangen, hatte das entsprechende Taschenband, das Ligament. ary-epiglotticum und einen Theil der Epiglottis zerstört und hatte bereits auf die Zungenbasis übergegriffen. E. J. MOURE.

100) **Depage. Laryngectomie. (Laryngectomie.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 5. 1898.*

Vorstellung eines Kranken in der Belgischen chirurgischen Gesellschaft am 22. Januar 1898, bei welchem D. vor 18 Monaten die Laryngectomie vorgenommen hatte. Er hatte in diesem Falle jede Verbindung zwischen Trachea und Mundhöhle beseitigt; bis jetzt kein Recidiv; Patient macht sich mit einer Flüsterstimme seiner Umgebung verständlich. BAYER.

101) **Haunecart. Kehlkopfkrebs; Kehlkopfexstirpation. (Carcinome du larynx. Laryngectomie.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 6. 1898. La Clinique. No. 7. 1898.*

Vorzeigen eines von Dépage exstirpirten Larynx; es musste die ganze Drüsenkette längs der Carotis mitentfernt und diese unterbunden werden. Die Stimmbänder waren von der Neubildung verschont geblieben. BAYER.

102) **Uchermann** (Christiania). **Ein operirter Fall von Cancer laryngis. (Et opereret Tilfälde af Cancer laryngis.)** *Forhandlinger i det medicinske Selskab. S. 129. 1897.*

50jähriger Mann. Im Januar 1892 hat Verf. von dem vorderen Ende des linken Stimmbandes einen kleinen weisslichen Tumor entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab keine sicheren Zeichen von Cancer. 2 Jahre später Recidiv. Die Neubildung war jetzt grösser; das Stimmband frei beweglich. Mikroskopische Diagnose: Epitheliom. Die Geschwulst wurde mittels Zange endolaryngeal entfernt. 1 Jahr später Recidiv. Die Geschwulst mehr diffus, das linke Stimmband nicht so frei beweglich. Die Operation wurde angerathen, aber aufgeschoben bis eintretende Athembeschwerden den Patient ängstlich machten.

Das linke Stimmband war jetzt von der Neubildung durchwachsen, unbeweglich; die Geschwulst ging auf das falsche Stimmband über. Die Commissura anterior war nicht überschritten; nach hinten reichte die Neubildung bis an den Processus vocalis. Tracheotomia sup.; 2 Tage später (Trendelenburg's Canüle) wurde nach Tracheotomie die linke Hälfte der Cartilag. thyreoidea subperichondral entfernt und die Geschwulst sammt dem linken Tubercul. arytaenoideum mittels der Scheere exstirpirt. Der Larynx wurde mit Jodoform- und Carbolgaze ausgefüllt. Die Tampons des Larynx werden jede anderthalb Stunden gewechselt. Heilung.

Der Patient wurde $3^1/_2$ Wochen nach der Operation der medicinischen Gesellschaft zu Christania vorgestellt.

SCHMIEGELOW.

103) **Cisneros** (Madrid). **Ein Fall von partieller Resection des Kehlkopfs. (Un caso de reseccion parcial de la laringe.)** *Revist. de Medic. y Ciruj. pract. No. 565. 1898.*

Bericht über Exstirpation eines linksseitigen Epithelioms des Kehlkopfs mittelst partieller Resection desselben bei einem 50jährigen Collegen. Heilung desselben ohne Zwischenfall.

R. BOTEY.

104) **Arnold Schiller** (Heidelberg). **Ueber zwei Fälle von primärem malignem Tumor der Epiglottis.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 41/42. 1898.*

2 Fälle. Im ersten war die Epiglottis in einen höckrigen wallnussgrossen, derben Tumor verwandelt, der die ganze Kehlkopfhöhle verdeckte. Pharyngotomia subhyoidea und Excision des Neoplasmas (Prof. Czerny). Mikroskopischer Befund: Mischgeschwulst aus Sarcom und Epitheliom. Bald darauf Excision eines, wie sich herausstellte, carcinomatösen Tumor von der Höhe der Zungenwölbung linkerseits. Ein halbes Jahr nach der ersten Operation Recidiv der Epiglottisgeschwulst und der Zungengeschwulst, Metastasen in den submaxillaren Lymphdrüsen. Erneute Operation, bei der alles erreichbare krankhafte entfernt wird. Die mikroskopische Untersuchung führt Verf. zu der Anschauung, dass die epitheliale Wucherung das Ueberwiegende und Bestimmende gewesen ist, dass „bei einem zur Krebserkrankung disponirten Individuum sich aus einer pachydermalen Epithelwucherung über einem Granulom an der Epiglottis ein Carcinom entwickelt hat, das Metastasen in den Lymphdrüsen derselben Seite machte, und dass kurze Zeit später, vielleicht unabhängig davon, ein zweites Carcinom sich an der Zunge entwickelte, das seinerseits die regionären Lymphdrüsen inficirte".

Im zweiten Falle haselnussgrosses von der Epiglottis nach der rechten Seite des Aditus laryngis hineinwucherndes Neoplasma, röthlich-weiss mit warziger, blumenkohlartiger Oberfläche. Pat. ging nach der Operation an Schluckpneumonie und Lungengangrän zu Grunde, die sich von einer gangränösen Höhle zwischen Zungengrund und Kehlkopf aus entwickelt hatten. Mikroskopisch erwies sich der Tumor als typisches Epitheliom mit geringer Verhornung.

ZARNIKO.

105) **Noltenius** (Bremen). **Zur Frage der endolaryngealen Behandlung des Kehlkopf-Krebses.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. H. 1. p. 128.*

Krankengeschichte eines Falles, der in mehrfacher Hinsicht von Interesse ist. Verf. sah den Patienten, der bereits seit Jahresfrist heiser war, Ende 1894.

Es bestand am rechten Stimmband ein „Polyp", der „einen durchaus gutartigen Eindruck" machte. Im Februar 1895 wurde derselbe exstirpirt und der Grund galvanokaustisch zerstört. Im Januar 1897 wurde ein Recidiv in ähnlicher Weise behandelt. Ein neues Recidiv im November 1897 erschien nicht mehr glatt und scharf umschrieben, sondern leicht höckerig und diffus in das benachbarte Gebiet übergehend. Ein Stück der carcinomverdächtigen Geschwulst wurde untersucht; die Diagnose lautete auf Carcinom mit auffällig zahlreicher „Anhäufung von Leukocyten sowohl um die Krebskörper als auch zwischen den einzelnen Krebszellen". Verf. beschliesst die endolaryngeale Operation und entfernt den Tumor mit der Landgraf'schen Doppelcurette am 30. November, den Rest am 14. December 1897. Die Blutung bei der Operation war „auffallend gering". Nach $^1/_2$ Stunde trat eine schwere Nachblutung ein „zumeist wohl in die durch Cocainisirung noch theilweise unempfindliche Trachea hinab" und es musste zur Befreiung der Trachea von Blutgerinnseln schliesslich die Trachea und der Kehlkopf gespalten werden. Die Athmung wurde frei; es zeigte sich, „dass die verderbliche Blutung aus zwei circa linsengrossen, in der Gegend des völlig exstirpirten rechten Stimmbandes gelegenen Vertiefungen stammte, aus denen in continuirlichem, aber nur dünnem Rinnen dunkelrothes Blut in die Trachea herabrieselte". Nach Einlegung einer Canüle und Tamponade des Kehlkopfinneren war bis zum 17. December der Zustand des Patienten ein guter. Am 17. Morgens Entfernung der Canüle; Patient ist bis Abends wohl, wird in der Nacht plötzlich kränker und stirbt am Morgen des 18. December.

Die allgemeine Section wird verweigert; die Todesursache ist daher nicht ganz klargestellt.

Der Kehlkopf wird herausgenommen und auf's genauste untersucht; er erweist sich als „absolut frei von carcinomatöser oder sonstiger Erkrankung; eine Erklärung für die abundante Blutung findet sich nicht.

In der Epikrise bespricht Verf.:

1. Das langsame Wachsthum der Geschwulst (die Umwandlung des „Polypen" in ein Carcinom hält Verf. für eine scheinbare).

2. Die Blutung. Pat. war nicht hämophil. Verf. glaubt, dass eine ektatische Vene verletzt wurde; das Carcinom ist mit anzuschuldigen.

3. Die nicht in vivo, aber doch post mortem erwiesene Vollständigkeit der Operation; diese giebt dem Verf., „trotz des ungünstigen Ausganges Berechtigung, in einem ähnlichen Falle nochmals den Versuch zu wagen, ein Kehlkopfcarcinom im Frühstadium per viam naturalem auszurotten".

F. KLEMPERER.

106) **O. Chiari. Beiträge zur Diagnose und Therapie des Larynxkrebses.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. H. 1. 1898.*

Die lesenswerthe Arbeit, in der Verf. 27 ausführliche Krankengeschichten und eine Reihe statistischer Tabellen giebt, schliesst mit folgenden Sätzen:

„Wenn ich nun zum Schlusse noch das Resumé über die Behandlung des Larynxcarcinoms nach meiner Ansicht geben soll, so will ich erwähnen,

dass die endolaryngeale Methode nur selten zur radicalen Entfernung dienen kann.

Bei Carcinomen der Stimmbänder oder Taschenbänder allein dürfte die Laryngofissur mit ausschliesslicher Entfernung von Weichtheilen die beste Methode sein. Butlin und Semon's Vorgehen, gleich nach der Operation die Canüle zu entfernen, hat viel für sich.

Bei Carcinomen anderer Theile mit oder ohne Erkrankung der Stimmbänder kommt nur eine partielle oder totale Exstirpation in Frage. Die partielle hat den Vorzug des besseren functionellen Resultates, die totale, wie es besonders nach den neusten Statistiken scheint, die grössere Menge von Heilungen ohne Recidive. Dagegen war die Zahl der Todesfälle unmittelbar nach der totalen Exstirpation früher grösser; Gluck's Technik scheint aber auch darin eine Besserung herbeigeführt zu haben. Doch ein Nachtheil hängt der totalen Exstirpation an, nämlich die schlechte Stimmbildung, namentlich nach Vornähung der Trachea — denn wenn auch manchmal nach völliger Abschliessung des Mundes von der Luftröhre noch eine halbwegs verständliche Flüsterstimme sich ausbildete, so ist das gewiss nur ein seltenes Glück. Man muss daher jedenfalls den Patienten vor der Operation darauf aufmerksam machen.

Vorzuziehen ist daher die partielle Exstirpation, solange sie als solche noch radical sein kann.

Die Frage endlich, wann ein Larynxcarcinom inoperabel, hängt von vielen Erwägungen ab. Ich möchte als Norm aufstellen, dass jede, wenn auch gefährliche Operation gestattet ist, wenn sie verspricht, alles Krankhafte gründlich zu entfernen; nur muss der Patient kräftig genug sein, um sie voraussichtlich zu überstehen und auf die Folgen bezüglich der Sprache aufmerksam gemacht werden. Gluck's schöne Erfolge geben uns dazu das Recht.

Andererseits wird die sorgfältige Auswahl der Fälle, wie sie besonders Störk fordert, sehr viel beitragen, um die procentuellen Verhältnisse der Heilungen günstiger zu gestalten. Jedenfalls muss in zweifelhaften Fällen eine genaue Erwägung aller Umstände vorhergehen, bevor man sich zu einer Operation entschliesst."

F. KLEMPERER.

107) **J. Sendziak. Einige Bemerkungen zur operativen Behandlung des Kehlkopfkrebses. (Kilka uwag w kwestyi operacyinego leczenia raków krtani.)** *Nowiny lekarskie. No. 1, 2. 1899.*

Verf. ergänzt seine im Jahre 1897 veröffentlichte bekannte Statistik durch neu hinzugekommene Fälle bis Anfang 1898.

Die ganze Statistik enthält nun im Ganzen 640 Fälle von Kehlkopfkrebs, behandelt durch folgende 4 chirurgische Methoden:

1. endolaryngeal behandelt 36 Fälle;
2. mittelst Laryngofissur 136 Fälle:
2. partielle Kehlkopfsresection 201 Fälle;
4. totale Kehlkopfsresection 267 Fälle.

Die Ergebnisse, welche mit diesen verschiedenen Methoden erzielt wurden, stellt Verf. in folgender Tabelle zusammen:

	Operatio endolaryngea	Laryngofissur (Thyreotomie)	Exstirpatio partialis laryngis	Exstirpatio totalis
Fälle	36	136	201	267
1. Absolute Heilung . .	9 (25 pCt.)	17 (12,5 pCt.)	26 (12,9 pCt.)	12 (4,4 pCt.)
2. Relative Heilung . .	5 (14 pCt.)	17 (12,5 pCt.)	20 (10 pCt.)	24 (9 pCt.)
3. Recidive	14 (39 pCt.)	78 (57,3 pCt.)	63 (31,3 pCt.)	81 (30,3 pCt.)
4. Tod als unmittelbare Folge der Operation	0	12 (8,8 pCt.)	44 (21,8 pCt.)	94 (35,2 pCt.)
5. Zu kurze, ungenügende Beobachtung .	11	16	27	32

A. v. SOKOLOWSKI.

108) **W. Lublinski** (Berlin). **Bemerkungen zu dem Aufsatz von Sir Felix Semon über die Radicaloperation bei bösartigen Kehlkopfneubildungen im 6. Band dieses Archivs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. Heft 1. p. 203. 1898.*

L. weist auf seinen Vortrag über den Kehlkopfkrebs am 9. December 1885 (Berliner klin. Wochenschrift No. 8. 1886) hin und zeigt, dass er schon damals über eine Reihe von Punkten (Heiserkeit, Lymphdrüsenschwellung, Ohrenschmerz, Heredität etc.) ganz richtige Anschauungen äusserte. Er bedauert, dass seine damaligen Bemühungen „gänzlich von denen übergangen werden, die, wie ich gern zugestehe, zur weiteren Entwicklung dieser Frage, namentlich in operativer Hinsicht, so Vieles und so Nützliches geleistet haben.“

F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

109) **Lépinois. Der Einfluss des Formols auf die Schilddrüse und die Conservirung frischer Drüsen. (Action du formol sur le corps thyroide. Conservation des glandes fraiches.)** *Société de Thérapeutique. 26. October 1898.*

Eine schwache Formollösung (1 pCt.) erhält die Schilddrüse frisch. Ihre chemische Zusammensetzung scheint durch diese Art der Conservirung nicht wesentlich geändert zu werden. Nur scheint die Löslichkeit der jodhaltigen Eiweisssubstanzen in Wasser oder Salzlösung etwas herabgesetzt zu sein. Die Digestion der Drüse ist auch nach Einlegung in Formol leicht durchzuführen. Diese Thatsachen legen die Annahme nahe, dass das Einlegen der Thyreoidea in Formol ihre therapeutische Wirksamkeit nicht aufhebt.

PAUL RAUGÉ.

110) **Hagmann. Zur Aetiologie der Strumitis. (K etiologii strumita.)** *Chirurgie. No. 24. 1898.*

Mittheilung eines Falles von Strumitis nach Typhus. Breite Eröffnung der Abscesshöhle. Heilung.

P. HELLAT.

111) **Lunin. Cyste einer Glandula thyr. accessoria. (Kista pridatotschnoi schtschitowidnoi jelesi.)** *Chirurgie. No. 13. 1898.*

Die Cyste befand sich unter dem rechten Kieferwinkel. Entfernung.

P. HELLAT.

112) **Doyen** (Paris). **Behandlung der cystischen Kröpfe. (Traitement des goitres kystiques.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

Für die grossen Cysten empfiehlt sich die Methode der Enucleation. Bei polycystischen Kröpfen aber muss man so vorgehen, als ob es sich um solide Geschwülste handelte. D. schlägt für Fälle dieser Art seine Methode der schnellen Thyroidectomie vor, welche es ermöglicht, einen Kropf im Zeitraum von 5 bis 10 Minuten zu entfernen. Er incidirt die oberflächlichen Schichten und isolirt den Tumor schleunigst mit den Fingern, luxirt und enucleirt ihn, indem er ihn stark nach oben zieht und den gefässhaltigen Stiel mit seiner Zange abklemmt, und schneidet ihn ab. Für gewisse Fälle empfiehlt D. die Intubation des Kehlkopfs zur Erleichterung der Narkose.

PAUL RAUGÉ.

113) **Wölfler** (Prag). **Ueber die operative Dislocation des Kropfes.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. XXI. 1898.*

Von rein chirurgischem Interesse.

A. ROSENBERG.

114) **Wolfram** (Jaestrow). **Behandlungsmethoden der in der chirurgischen Klinik zu Würzburg in den letzten 10 Jahren operirten Strumen und Erfolge derselben.** Dissert. Würzburg 1898.

Unter 59 Fällen trat 3 mal der Exitus letalis in Folge der Operation ein, in 4pCt. traten Recidive auf, in 7pCt. wurden Recurrensverletzungen und in 10pCt. Tetanus beobachtet.

SEIFERT.

115) **J. Boeckel** (Strassburg). **Operationsresultate bei Kropf. (Résultats opératoires dans le goitre.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. Octob. 1898.*

B. berichtet über 74 Kropfoperationen und zwar:

47 Enucleationen,
25 partielle Exstirpationen und
2 totale Exstirpationen.

6 Fälle starben. Von den 68 geheilten erfolgte bei 44 Heilung per primam, bei den anderen 20 nach kürzerer oder längerer Eiterung.

PAUL RAUGÉ.

116) **Hahne** (Flegessen). **Ein Fall von Struma carcinomatosa.** Dissert. Würzburg 1898.

Sectionsbefund bei einer 82jährigen Frau; das Carcinom der Schilddrüse hatte Metastasen in der Lunge gemacht; über das Verhalten der Trachea ist nichts angegeben.

SEIFERT.

117) **Bérard** (Lyon). **Thyroidfieber. (Fièvre thyroidienne.)** *Congrès de Chir. de Paris. 17.—22. October 1898.*

Man beobachtet nach partiellen Kropfoperationen eine Temperatursteigerung, die bisweilen von Tachycardie und nervösen Symptomen begleitet ist. Es handelt sich

dabei nicht um infectiöse Erscheinungen, denn dieselben sind auch bei Heilungen per primam zu beobachten. Ebensowenig handelt es sich um eine Resorption nekrobiotischer Producte.

Die Temperatursteigerung, die den Namen Thyroidfieber verdient, ist vielmehr auf das Freiwerden von in der Schilddrüse secernirten fiebererregenden Stoffen während der Operation zurückzuführen.

PAUL RAUGÉ.

118) **Capitan. Die Thyroid-Chlorose. (De la chlorose thyroidienne.)** *Société de Biologie. 9. Juli 1898.*

Verf. schildert unter obigem Namen eine besondere Form von Chlorose oder Anämie, die mit Palpationen, Dysmenorrhoe und Abmagerung complicirt ist.

Diese Chlorose, bei welcher die classische Therapie der Bleichsucht wirkungslos ist, heilt sehr schnell unter täglicher Zufuhr von 0,20—0,30 g Schilddrüsenextract.

PAUL RAUGÉ.

119) **Mary A. Spink. Verengerung des Muttermundes als Ursache Basedow'scher Krankheit. (Uterine stenosis as a cause of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 24. September 1898.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von Basedow'scher Krankheit, bei denen die allmähliche Dilatation des stenosirten Os uteri mittelst des negativen Pols einer galvanischen Batterie gleichzeitig eine Besserung beider Leiden brachte.

LEFFERTS.

120) **Williamson. Die Prognose der Basedow'schen Krankheit. (Du pronostic dans le goitre exophthalmique.)** *Archives de neurologie. August 1898.*

Die Frage der Prognose ist gerade jetzt von der höchsten Bedeutung, wo die Tendenz für chirurgische Behandlung der Krankheit sich geltend macht.

Ueber den Verlauf der Krankheit ist man nicht genügend unterrichtet, da die Kranken nicht lange genug in den Krankenhäusern bleiben. W. forschte 35 Kranken nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhause nach. Das Resultat ist: Gestorben 6; geheilt 7; fast geheilt 5; erheblich gebessert 5; gebessert 7; stationärer Zustand 6; unbekannt 1.

PAUL RAUGÉ.

121) **Combemale** (Lille). **Die Sympathicusresection bei Basedow'scher Krankheit. (Sympathectomie dans le goitre exophthalmique.)** *Académie de Médec. 19. April 1898.*

C. berichtet über einen Fall von Basedow, bei dem durch eine stürmische Thyroidinbehandlung alle Symptome gesteigert wurden; der Puls, der sehr unregelmässig war, stieg bis auf 200 Schläge i. d. M. Um diese Zeit entschloss sich C., die Sympathectomie machen zu lassen. Gaudier entfernte beiderseits das obere Halsganglion und 6—7 cm vom Nerven selbst. Es trat sofort eine Myosis ein und der Exophthalmus verschwand. Der Puls verlangsamte sich auf 90 Schläge. Nach Verlauf eines Monats war die Heilung vollständig.

PAUL RAUGÉ.

122) **Edmund Shields. Ein Fall von Cretinismus nach einem Anfall von acuter Schilddrüsenentzündung. (A case of cretinism following an attack of acute thyreoiditis.)** *N. Y. Medical Journal. 1. October 1898.*

Der Fall betrifft ein Kind von 10 Monaten, das nach einem Anfall von acuter Thyreoiditis deutlich ausgesprochenen Cretinismus bekam. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

123) **H. D. Rolleston. Idiopathische Hypertrophie des Oesophagus. (Idiopathic hypertrophy of the oesophagus.)** *Pathol. Soc. Report. 1898. British Medical Journal. 5. November 1898.*

R. demonstrirt das Präparat, das von der Section eines 59jährigen Mannes herrührt, der intra vitam keinerlei Zeichen einer functionellen Abnormität dargeboten hatte. Der Tod war durch Bright'sche Krankheit erfolgt. Der Oesophagus war weder in seinem Lumen verengt, noch erweitert; vielmehr war von einem 3 Zoll unterhalb des Cricoid-Knorpels gelegenen Punkte bis zur Cardia in wachsendem Maasse die Ringmuskulatur hypertrophisch. Die Schicht der Längsmuskulatur war von normaler Dicke. Rings um die abnorme Partie bestanden zahlreiche, jedoch nicht feste Adhäsionen. Der Magen war gross, die Pylorusöffnung klein, die Wandungen an derselben aber nicht verdickt. Für Cardiospasmen sprachen keinerlei Anzeichen; überhaupt war eine Ursache für die Hypertrophie nicht zu ermitteln.

Norman Dalton hat eine Dilatation des Oesophagus ohne ersichtliche Ursache beobachtet.

Payne erinnert an den unter dem Namen des Sanduhrmagens bekannten Zustand, für den auch nicht immer eine Ursache aufgefunden werden kann.

Power erwähnt ein ähnliches Präparat, das im St. Bartholomäus-Hospital-Museum aufbewahrt wird. ERNEST WAGGETT.

124) **N. Ph. Tendeloo** (Rotterdam). **Die Pathologie der Pharynxdivertikel. (Pathologie des diverticules du pharynx.)** Recueil de travaux du Laboratoire Boerhaave. T. I. Leiden 1899.

Französische Ausgabe der früher in holländischer Sprache erschienenen, im XI. Bande das Centralblattes (S. 699) ausführlich besprochenen Doctorarbeit.

H. BURGER.

125) **Narciso Carreras Pinnana** (Barcelona). **Zufällige Einführung einiger Fremdkörper in die Verdauungswege. (Introduccion accidental de algunos euerpos extrannos en las vias digestivas.)** *Gacet. Medic. Catalana. No. 20. 1898.*

Verf. erwähnt einige Fälle, in denen Fremdkörper, wie Glasstücke, Nadeln etc. in die oberen Luft- und Verdauungswege gelangten. R. BOTEY.

126) **A. Raventós Einiges über Verengerungen des Oesophagus infolge von Salzsäure-Vergiftung. (Alga sobre estrecheces esofágicas, consecutivas á la intoxicacion clorhidrica.)** *Revista de Medic., Ciruj. y Farmacia. No. 2. 1897.*

Verf. giebt einige Anweisungen betreffs der jeweilig vorzunehmenden

chirurgischen Behandlung in Fällen von Verengerung der Speiseröhre nach Vergiftung mit Salzsäure.

R. BOTEY.

127) **Carrel** (Lyon). **Zwei Fälle von Gastrotomie wegen Neubildung am Oesophagus. (Deux cas de gastrotomie pour néoplasme de l'oesophage.)** *Soc. nationale de médecine de Lyon. 7. November 1898.*

Der erste Kranke hatte 21 cm hinter der Zahnreihe eine selbst für Flüssigkeiten undurchgängige Oesophagusstenose. Es wurde die Gastropexie an einer möglichst hoch gelegenen Stelle des Magens unter den falschen Rippen gemacht. Der Krampf in der Oesophaguswand liess alsbald nach und vom 2. Tage ab konnte der Kranke per os ernährt werden. Mit der Punction des Magens wurde 8 Tage gewartet. Gegenwärtig hat der Kranke eine Magenfistel, durch die er sich selbst Flüssigkeiten in den Magen injiciren kann, die den Magensaft aber nicht abfliessen lässt.

Der zweite Kranke hat eine neoplastische Stenose des Oesophagus an der Cardia. Auch dieser Kranke konnte nach der Gastropexie sofort durch Nachlass des Krampfes schlucken und es wurde 3 Wochen mit der Eröffnung des Magens gewartet.

Bei beiden Kranken ist, um den Abfluss des Magensaftes zu verhüten,

1. der Magen so hoch wie möglich fixirt worden;
2. die Oeffnung so klein wie möglich gemacht worden;
3. häufig (2 mal am Tage) ein Verband mit Magnesiumcarbonat und mit Vaselin in dicker Schicht gemacht worden.

PAUL RAUGÉ.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Handbuch der Laryngologie und Rhinologie herausgegeben von **P. Heymann** Wien 1896/99. Alfred Hölder. (Fortsetzung.)

R. Krieg: Die Entzündung der Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre.

O. Seifert: Ulcerationen der Schleimhaut des Larynx und der Trachea.

M. Hajek: Laryngitis submucosa acuta.

M. Hajek: Perichondritis laryngea.

M. Hajek: Larynxoedem.

A. Rosenberg: Verwachsungen und Stenosen des Larynx und der Trachea.

F. Semon: Die Nervenkrankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.



Die specielle Pathologie fängt mit einem sorgfältig bearbeiteten Abschnitt über die Entzündung der Kehlkopfschleimhaut an, dem ein ausserordentlich kleines Kapitelchen über die Tracheitis angehängt ist.

Acute und chronische Laryngitis werden abgesondert besprochen, die Uebergänge zwischen denselben indessen vollauf berücksichtigt. Im Anschluss an die Beschreibung der durch den ganzen Kehlkopf verbreiteten acuten Laryngitis werden die an den Stimmlippen, an den Taschenbändern, in der Regio arytaenoidea und hypoglottica besonders localisirten Entzündungen ausführlich geschildert. Am eingehendsten verbreitet sich der Verfasser über die unzweckmässigerweise Pseudocroup benannte Laryngitis hypoglottica. Anlässlich der Prognose dieses Leidens theilt er ein Paar Todesfälle aus eigener Praxis mit. Besonders erwähnenswerth ist die vortreffliche Schilderung der Pachydermie, welche immer lediglich als hypertrophisches Product örtlicher chronischer Laryngitis anzusehen sei. Sowohl die (von ihm nur bei Frauen beobachteten) Sängerknötchen, wie der sogenannte Prolapsus vertriculi Morgagni werden als einfach entzündliche Hyperplasien zu den Pachydermien gerechnet.

Auf drei Tafeln bietet uns der durch seinen Atlas schon lange auch in künstlerischer Beziehung rühmlichst bekannte Verfasser eine Anzahl recht gelungener Kehlkopfbilder in Farbendruck.

Wenn Seifert betont, dass die Ulcerationen im Kehlkopf und in der Luftröhre eine so wichtige Rolle spielen, dass eine monographische Darstellung dieses Kapitels von grossem Interesse sein dürfte, so können wir dem nur beipflichten; wollen aber hinzufügen, dass er diese von ihm übernommene Aufgabe in dankenswerther Weise gelöst hat.

Die zahlreichen Ulcerationsprocesse, welche im Kehlkopf vorkommen, bringt er in vier Gruppen unter: den „einfachen"; den infectiösen, den aus Exsudationen hervorgegangenen und den specifischen Geschwüren. Die erstere Gruppe umfasst, ausser den nicht sehr häufigen Druckgeschwüren und den seltenen pachydermischen Ulcerationen, die erosiven Geschwüre, die er absichtlich nicht mit dem Namen „katarrhalische Geschwüre" bezeichnet. Unter den infectiösen Geschwüren wird das typhöse Ulcus am ausführlichsten besprochen. Die dritte Gruppe umfasst die herpetischen, aphthösen Geschwüre, sowie diejenigen beim Erythema nodosum et exsudativum und beim Pemphigus. Bezüglich der lupösen, carcinomatösen und sarkomatösen Geschwüre verweist er auf die betreffenden Kapitel (warum? Ref.). So bleiben für die specifischen Ulcerationen nur noch die tuberculösen und syphilitischen übrig. Das ganze Kapitel ist in gründlicher, von grosser Literaturkenntniss zeugender Weise behandelt worden, während einige schöne Abbildungen von Krieg es begleiten.

Der Laryngitis submucosa acuta ist ein eigenes Kapitel von 6 Seiten gewidmet, dessen Existenzberechtigung, mit Rücksicht auf die Kapitel über Laryngitis und acute infectiöse Phlegmone fraglich erscheinen dürfte.

Die Perichondritis laryngea wird von Hajek in einfacher und klarer Weise beschrieben. Er unterscheidet eine primäre (genuine) und eine secundäre Perichondritis und hebt hervor, dass die letztere gewöhnlich nicht auf specifischer Erkrankung des Perichondriums beruht, sondern dass die primären ulcerativen

Processe der Kehlkopfschleimhaut durch Blosslegen des Perichondriums die secundäre eitrige Infection desselben nur leichter ermöglichen. Eigentlich wären demnach die Namen Perichondritis tuberculosa syphilitica, carcinomatosa für die meisten Fälle nicht richtig. Bei der Beschreibung der einzelnen Perichondritiden nimmt Verfasser besonders auf die musterhaften Krankengeschichten Türck's Bezug. Der wesentlich abweichende Charakter der Perichondritis epiglottidea wird ganz richtig hervorgehoben. Dass beim Larynxlupus der Knorpel der Epiglottis besonders häufig ergriffen wird, ist wohl zufälligerweise unerwähnt geblieben.

Das Kapitel über Larynxoedem fängt mit einer historischen Einleitung an, in welcher die diesem Thema anhaftende Verwirrung und Zerfahrenheit, „welche bis in die neueste Zeit noch nicht genügend erklärt werden konnte", sehr gut zum Ausdruck gelangt. Als einen erheblichen Fortschritt wird der Kuttner'sche Versuch einer auf ätiologischer Basis beruhenden Eintheilung der verschiedenen in Betracht kommenden Processe hervorgehoben. Dieser Eintheilung konnte Verfasser „in Folge der im vorhinein getroffenen Anlage dieses Kapitels" nicht Folge leisten. Interessant und mit sehr demonstrativen Abbildungen versehen ist die Beschreibung der submucösen Injectionsversuche des Verfassers, deren Resultate zu dem Verständniss mancher pathologischen Befunde wesentlich beitragen.

Unter den intralaryngealen Ursachen von Stenose des Kehlkopfes unterzieht Rosenberg nur die (angeborene und erworbene) Membranbildung einer ausführlichen Erörterung, während er für die andern Entstehungsursachen auf die betreffenden Kapitel verweist. Auch die äusseren Ursachen giebt er nur kurz an. Eingehend aber wird die Symptomatologie der Kehlkopfstenose behandelt, die Bedeutung der Schnelligkeit ihres Entstehens besonders betont und die unterscheidenden Merkmale der Laryngo- und der Tracheostenose hervorgehoben. Keines dieser Merkmale ist absolut zuverlässig und die Laryngoskopie bleibt das souveräne Differentielldiagnosticum. Klar und instructiv ist die Besprechung der Therapie und werden die verschiedenen Dilatationsmethoden, namentlich die Schrötter'schen Bougies, die Intubation und die Zinnbolzenbehandlung ausführlich geschildert und abgebildet.

Die Stenose der Luftröhre hat eine wirklich monographische Behandlung erhalten. Dieselbe ist durch ihre Vollständigkeit ausgezeichnet. Unter den Compressionsstenosen spielt die Struma, unter den intratrachealen Verengerungen die syphilitische Narbenbildung die bedeutendste Rolle. Zu den relativ häufigen Ursachen für eine Stenose gehören auch die Folgezustände der Tracheotomie resp. des Canülengebrauchs, denen ein eigener Paragraph gewidmet ist. Auf den reichen Inhalt des Abschnittes über die Diagnose sei noch speciell hingewiesen.

Das Kapitel der Nervenkrankheiten des Kehlkopfes, „das noch vor fünfzehn Jahren eines der am besten ausgebauten der Laryngologie zu sein schien", gleicht in diesem Augenblicke einem Trümmerfelde. In der ganzen Innervationslehre des Kehlkopfes ist jetzt die sensible Versorgung der Larynxschleimhaut durch den Superior die einzige unangefochtene Thatsache. Bei dieser Unsicherheit war es eine der schwierigsten Aufgaben, ein vollständiges und objectives Bild der Neuropathologie des Kehlkopfes zu entwerfen. Wie das Kapitel jetzt vorliegt, ist es ohne Frage die beste und zuverlässigste Monographie über die Nervenkrankheiten des Kehlkopfes, die wir besitzen.

Den eigentlichen Neurosen hat Semon eine anatomisch-physiologische Einleitung vorausgeschickt, welche (wie übrigens seine ganze Arbeit) von einer unglaublich vollständigen Literaturkenntniss zeugt und ausserordentlich geeignet ist, uns in die bestehenden Controversen einzuführen. Zur Frage nach dem Ursprung der Kehlkopfnerven zögert Verfasser auf Grund klinischer Ueberlegungen, die Grabower'sche Anschauung der Kehlkopfinnervation durch den Vagus rückhaltlos zu acceptiren, obgleich er das Gewicht der anatomischen Argumente Grabower's keineswegs verkennt. An der rein motorischen Natur des Nervus recurrens hält Verfasser vorläufig mit voller Ueberzeugung fest. Den Deductionen Klemperer's gegenüber glaubt er sich zu der Vermuthung berechtigt, dass sowohl irritative wie (bilaterale) lähmende Vorgänge in der Region der corticalen Phonationscentren entsprechende functionelle Effecte pathologischer Natur im Kehlkopf auslösen können.

Die Sensibilitätsneurosen des Kehlkopfes haben in der Klinik eine untergeordnete Bedeutung. Für Fälle von Anästhesie macht Verfasser auf die von Norris Wolfenden angegebene Methode der Ernährung aufmerksam, bei der man den Patienten, in wagerechter Stellung auf einer Seite liegend, den Kopf über den Rand des Sophas seitlich herabbeugen und aus einer in den tiefer stehenden Mundwinkel eingeführten Schnabeltasse trinken lässt. Bei der Therapie der Parästhesien des Kehlkopfs warnt Verfasser mit grossem Rechte vor unnöthiger Localbehandlung, namentlich bei geringen Abweichungen in der Nase.

Dieselbe Mahnung gielt auch für die Behandlung des Glottiskrampfes. Sehr häufig handle es sich in Fällen von kindlichem Glottiskrampf um Reizung der corticalen Kehlkopfcentren. Bemerkenswerth ist bei der Besprechung des nervösen Kehlkopfhustens, bei welchem Narcotica völlig nutzlos sind, die warme Empfehlung längerer Seereisen. In allen 6 Fällen des Verfassers führte diese Therapie zu einer schnellen und dauernden Heilung.

Ausführlich schildert Verfasser den Kampf um die corticale Kehlkopflähmung, deren Möglichkeit nach seinem Dafürhalten nur bei Ausfall beider Phonationscentra gegeben ist. Eine einseitige, organische, cerebral bedingte Kehlkopflähmung ist nach seinen Auseinandersetzungen sehr unwahrscheinlich. Die herangezogenen klinischen Argumente sind dem Ref. überzeugender als die experimentellen und scheint ihm die Erwägung (S. 698) „dass auch in allen anderen Fragen der Kehlkopfinnervation die Verhältnisse beim Menschen denen beim Thier vollständig entsprechen“ mit der vom Verfasser sonst immer gelehrten, weisen Zurückhaltung bei der Uebertragung experimenteller Ergebnisse auf die menschliche Pathologie nicht gut vereinbar.

Den myopathischen Kehlkopflähmungen gegenüber verhält sich Verfasser sehr skeptisch. Die einzige unzweifelhaft myopathische Paralyse sei die enorm seltene trichinöse. Die Lähmung der Crico-thyreoidei befindet sich noch in erheblichem Dunkel. Für die einseitige Form dürfte der Tiefstand der gelähmten Stimmlippe diagnostisch zu verwerthen sein; für die bilaterale Lähmung mangelt es uns an zuverlässigen Anhaltspunkten. Die Lähmung der Glottisschliessergruppe ist nach Verfasser immer doppelseitig und symmetrisch. Gegen die rein functionellen Paralysen hält er am Gebrauche der Electricität und zwar in energischer Anwendungsweise fest.

Die Lateralislähmung ist „eine pathologische Curiosität seltenster Art." Bei der Transversuslähmung ist die grosse Verschiedenheit der phonatorischen Störung sehr auffallend. Die Posticuslähmung dagegen verläuft, wenn sie rein, d. h. nicht mit Internusparese complicirt ist, ohne erhebliche, oft ohne jegliche Stimmstörung. In Anbetracht der ätiologischen Obscurität vieler Fälle von Recurrenslähmung unterschreibt Ref. durchaus den Wunsch des Verfassers, dass alle Collegen es sich zu ihrer besonderen Aufgabe machen sollten, in letal verlaufenden Fällen von Beweglichkeitsstörung der Stimmlippen immer eine Autopsie zu erwirken.

Den von ihm fast ausschliesslich bei Predigern beobachteten phonetischen functionellen Stimmritzenkrampf betrachtet er als eine coordinatorische Beschäftigungsneurose und zwar mit absolut ungünstiger Heilungsprognose. Der inspiratorische functionelle Stimmritzenkrampf hat eine bessere Prognose. Sein Symptomencomplex hat grosse Aehnlichkeit mit dem der doppelseitigen Posticuslähmung und glaubt Verfasser, dass es sich bei manchen in der „Literatur beschriebenen hysterischen Posticuslähmungen" um functionellen Stimmritzenkrampf gehandelt haben dürfte.

Die ganze ausgezeichnete Arbeit ist mit einer Anzahl gelungener Kehlkopfbilder von Ernest Waggett illustrirt und schliesst mit einem systematisch geordneten Literaturverzeichniss, welches über 1000 Nummern zählt.

Amsterdam, März 1899.

H. Burger.

---

b) 70. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte.

Düsseldorf, 19.—24. September 1898.

Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie.

1. Sitzung, Montag, den 19. September, Nachm. 3 Uhr.

Vorsitzender: Peter Keimer (Düsseldorf).

1. Bayer (Brüssel): Ueber üblen Athem und intratracheale Injectionen von Creosotcarbonat.

Der „üble Athem" ist ein Symptom sehr verschiedenartiger Erkrankungen. Eine Hauptrolle bei seinem Zustandekommen spielen die Athmungsorgane, zunächst alle die Affectionen der Nase und des Nasenrachens, die mit einer Ansammlung und Zersetzung von Secreten verbunden sind. Dahin gehören z. B. periodische congestive Zustände der Nasen- und Rachenschleimhaut, wie sie sich bei manchen Frauen zur Zeit der Menses finden, die Ozaena und die ihr verwandten Zustände der Kehlkopf- und Trachealschleimhaut, die Störk'sche Blennorrhoe. Ein latentes Empyem der Highmorshöhle wird oft allein durch den vom Patienten selbst empfundenen üblen Athem wahrgenommen. Rhinitis caseosa, syphilitische

Nasenaffectionen der Schleimhaut und des Knochengerüstes, Fremdkörper etc. beschliessen die Reihe. Weiterhin folgen tieferliegende Bronchial- und Lungenerkrankungen: chronische Bronchitiden mit reichlichem Auswurf, Bronchiectasien, putride Bronchitiden, Lungentuberculose, Lungengangrän etc. Die verschiedensten Stomatitiden, cariöse Zahnerkrankungen, mancherlei Zungen-, Pharynx- und Oesophagusprocesse, sowie endlich eine Reihe chronischer Krankheiten, die mit Zersetzung von Speiseresten und Detritusmassen im Mund einhergehen (chronische Magen- und Darmaffectionen, Nephritis chron., Diabetes u. a.) bilden eine Quelle üblen Athems.

Bei Bronchial- und Lungenaffectionen mit reichlichem Auswurf und üblem Athem hat Vortragender glänzende Erfolge den beiden genannten Symptomen gegenüber erzielt durch intratracheale Injection von $^1/_2$—$1^1/_2$ ccm weichen Creosotcarbonats der Firma „Lambiotte". Diese Injectionen mit einer durch den Kehlkopf nach Erwärmung in die Trachea eingeführten Kehlkopfspritze ausgeführt, schafften selbst bei vorgeschrittener Tuberculose Linderung und Verminderung des Auswurfes.

An der Discussion betheiligen sich: Flatau (Berlin), Aronsohn (Ems), Lieven (Aachen), Kronenberg (Solingen), Schmithuisen (Aachen), Heymann (Berlin), Bottermund (Dresden).

2. Peter Keimer (Düsseldorf): Zwei Fälle von Kehlkopfkrebs nach Gumma des Kehlkopfes.

K. beschreibt 2 Fälle, bei denen es sich ursprünglich um eine tertiärsyphilitische Ulceration des Kehlkopfes handelte, die, durch specifische Therapie annähernd der Heilung zugeführt, durch irrationelles Verhalten und dadurch bedingte Reizung des Geschwürsgrundes zur Entstehung eines Carcinoms Veranlassung gab.

In der Discussion giebt Lieven (Aachen) seiner Ansicht dahin Ausdruck, dass es sich nur um Irritation bereits vorhandener Krebskeime durch den Ulcerationsprocess handle, Hopmann (Köln) weist auf die von Esmarch und Langenbeck gemachte Erfahrung hin, dass auch unzweifelhafte Carcinome durch Jodkali in seltenen Fällen geheilt werden.

An der Discussion betheiligen sich weiter Heymann (Berlin), Schmithuisen (Aachen), Karl Schmidt (Düsseldorf).

2. Sitzung, Dienstag, den 20. September, Vorm. 9 Uhr.

Vorsitzender: P. Heymann (Berlin).

3. Schmithuisen (Aachen): Die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Galvanokaustik.

Vortragender tritt warm für ein energisches operatives Anfassen der der Milchsäure trotzenden harten und tiefgreifenden tuberculösen Kehlkopfinfiltrate ein. Dadurch gelingt die Heilung schwerster Fälle von Larynxtuberculose.

An der Hand einiger Krankengeschichten weist Sch. die glänzenden Erfolge nach, die er der energischen Anwendung des mit stärkster Glühhitze tief einge-

bohrten Galvanokauters verdankt unter nachheriger Application reiner Milch- resp. Chromsäure.

Noch besser wie bei den harten tuberculösen Infiltraten sind die Erfolge beim Kehlkopflupus.

Discussion: Keimer, Hopmann, Bayer, Flatau.

4. Hermann v. Schrötter (Wien): Laryngologische Mittheilungen (erscheinen in einer gesonderten Publication).

Unter Vorlegung zahlreicher Präparate und Bilder bespricht v. Sch. eine Reihe interessanter Fälle seiner Praxis: operativ behandeltes tumorförmiges Sclerom der Luftröhre, mehrere Fälle von Tuberculomen des Larynx mit seltener Localisation, 5 Fälle von Pemphigus (3 nur die Schleimhaut betreffend), chronisches Oedem des Larynx mit sicher gestellter Aetiologie, operativ entfernter Amyloidtumor des Kehlkopfs, eine Beobachtung von Laryngocele ventricularis interna und anderes mehr.

Discussion: Heymann, Bayer, Flatau.

5. Hopmann (Köln): Zur Aetiologie der Nasenerkrankungen.

H. weist auf die Häufigkeit der Bildung von Rhinolithen hin auf der Basis von Fremdkörpern, die durch plötzliches Erbrechen und Fehlschlucken von hinten her in die Nase dringen; insbesondere sind es oft Kirschkerne, die solchen Incrustationen den Boden bieten.

Discussion: Schmidt (Düsseldorf).

6. Alfred Denker (Hagen i. W.): Zur Operation der adenoiden Vegetationen.

Bei Schuluntersuchungen im westfälischen Industriebezirk fand D. unter 1087 Kindern bei 138 Mundathmung im Schlaf und bei 114, also $10^1/_2$ pCt. im Ganzen, Hyperplasie der Rachenmandel als Grund. In der Privatpraxis konnte letztere Affection bei 127 von 1000 Patienten verantwortlich gemacht werden für Störungen in der Nasenathmung resp. am Gehörorgan.

D. benutzt zur Entfernung der Adenoiden eine den Raumverhältnissen des Cavum nasopharyngeum angepasste Scheere, die mit einem Auffanggitter versehen ist; das Instrument wird dicht hinter dem weichen Gaumen hoch hinauf geführt, dann weit geöffnet und schliesslich unter kräftigem Andrücken gegen das Rachendach und die hintere Wand geschlossen. Der Operation folgt die Controlle mit gründlich desinficirtem Finger und Entfernung etwaiger Reste mit dem geschärften Nagel desselben.

(Der Vortrag erscheint in den Therapeutischen Monatsheften.)

Discussion: Hopmann, Hartmann (Berlin), Heymann, Flatau, Bayer, Siebenmann (Basel), Breitung (Coburg). Aus derselben ist hervorzuheben, dass Hopmann dringend der Narcose das Wort redet, da er alle Mädchen, die er ohne dieselbe operirt hatte, als Mütter mit ihren Kindern an seiner Thür vorübergehen sah. Heymann hält das Aufsuchen der Reste für

unnöthige Belästigung, da dieselben erfahrungsgemäss spontan schrumpfen und verschwinden.

3. Sitzung (gemeinsam mit der Abtheilung für Ohrenheilkunde), Dienstag, den 30. September, Nachm. 3 Uhr.

Vorsitzender: C. M. Hopmann (Köln).

7. J. Gutzmann (Berlin): Die normale Bewegung des Gaumensegels beim Sprechen.

Vortragender demonstrirt dieselbe an Projectionsbildern und Modellen, die bei einer Patientin gewonnen sind, bei welcher man von der evacuirten linken Augenhöhle aus die Gesammtoberfläche des weichen Gaumens zu überblicken vermochte.

8. Levy (Hagenau): Die Enuresis nocturna bei Knaben und ihre Heilung durch Behandlung der Nase und des Nasenrachenraums.

Discussion: Karl Schmidt (Düsseldorf), Flatau (Berlin), Schmithuisen (Aachen).

9. Hartmann (Berlin): Die Anatomie der Stirnhöhle und ihrer Ausmündung in Beziehung zur operativen Behandlung der Stirnhöhleneiterung.

An 27 Projectionsbildern zeigt Vortragender die Formverhältnisse der Stirnhöhlen. Er unterscheidet als 1. Grundtypus Höhlen, die bis zur Anheftung der mittleren Muschel in die Nase herabreichen, keine Frontalzellen besitzen und frei mit Längsspalt oder einfacher Oeffnung in die Nasenhöhle münden; als 2. Grundtypus eine Bildung, bei der die Stirnhöhle sich auf das Stirnbein beschränkt, während der untere Theil durch Frontalzellen ausgefüllt ist, sodass ein Stirnhöhlencanal von wechselnder Form entsteht. Sodann unterscheidet H. die Bildung medialer Zellen aus der Stirnbucht, indirecte Bildung der Stirnhöhle aus Frontalzellen, unregelmässige Bildung der Frontalzellen und zeigt endlich Präparate ohne Stirnhöhle.

Um bei operativen Eingriffen eine freie Communication mit der Nasenhöhle zu erhalten, stellt H. ausser der Oeffnung in der vorderen Wand der Höhle eine zweite seitlich von der mittlern Nasenmuschel und dem Nasenrücken her.

10. Röpke (Solingen): Die Radicaloperation bei chronischen Erkrankungen der oberen Nebenhöhlen der Nase.

Hinsichtlich der Einzelheiten verweist R. auf seinen im Archiv für Laryngologie veröffentlichten, im Frühjahr in Köln gehaltenen längeren diesbezüglichen Vortrag.

Vortr. macht die Radicaloperation nur da, wo die Beschwerden nach Wegnahme der eventuell im mittleren Nasengang bestehenden Polypen und Schleimhautwucherungen nicht nachlassen. Zunächst wird Probeaufmeisslung am Augen-

brauenkopf gemacht und erst, wenn sich die Stirnhöhle dabei als chronisch erkrankt darstellt, die subperiostale Wegnahme der vorderen Wand, die exacte Auskratzung nach Kuhnt angeschlossen. Vom Stirnhöhlenboden aus wird jedesmal das Siebbein, das fast stets mitergriffen ist, breit eröffnet und ausgeräumt. Es folgt Vernähung der Wunde, loser Jodoformgazetampon, der an einer kleinen Oeffnung am Augenbrauenkopf herumgelegt wird. Bei doppelseitiger Erkrankung horizontaler Schnitt vom äusseren Drittel des Margo supraorbitalis, auf diesem entlang bis zum äusseren Drittel des anderseitigen, senkrecht darauf Schnitt in der Mittellinie bis zur Höhe der Stirnhöhle durch Haut und Periost. Nach Hochklappen beider Periosthautlappen Abtragung beider Vorderwände mit dem Septum, unter Abmeisselung des vorspringenden Theils der Pars nasalis, Naht der gesammten Schnittlinie, Tamponade zur einen Seite heraus wie vorher. Heilung günstigen Falls nach 10—14 Tagen, meistens nach 3—4 Wochen. Von 16 Patienten hatte nur ein scrophulöses Individuum nach 3 Monaten noch kleine Fistel.

R. fasst seine Erfahrungen in 2 Sätze zusammen:

1. Durch die Radicaloperation sind veraltete Erkrankungsfälle der oberen Nebenhöhlen der Nase verhältnissmässig rasch und sicher auszuheilen.

2. Selbst bei doppelseitiger Operation stark vergrösserter Stirnhöhlen giebt es nicht solche Entstellung, dass dies eine Contraindication sein könnte.

Es folgt die Vorstellung von 5 operirten Patienten.

Discussion: Flatau, Hartmann, Hopmann, Levy.

4. Sitzung, Donnerstag, den 22. September, Vorm. $9^1/_4$ Uhr.

Vorsitzende: Siebenmann (Basel) und Th. S. Flatau (Berlin).

11. P. Heymann (Berlin): Bericht über die Eingabe der laryngologischen Abtheilung an den Reichstag um Aufnahme der Laryngologie in die medicinische Prüfungsordnung und ihren Erfolg.

12. Th. Flatau (Berlin): a) Die Resection der unteren Muschel (veröffentlicht in der Wiener med. Presse).

b) Demonstration einer geschützten Curette für Larynx und Trachea mit allseitig feststellbarem schneidenden Theil.

13. Karl Schmidt (Düsseldorf): Zur Behandlung der Verbildungen des knorpeligen und knöcheren Nasengerüstes.

Vortragender beseitigt Deviationen und Cristen mit dem pneumatischen Hammer mit Griff und winkligen Meisseln. Eine im Ansatzrohr liegende Feder mildert die Härte des Schlages, die ganze Behandlung ist nicht schmerzhaft.

Discussion: Schmithuisen, Heymann, Flatau, Schmidt.

14. Siebenmann (Basel): Ueber das Verhalten der Dimensionen von Nasenhöhle und Gaumen bei den verschiedenen Formen des Gesichtsschädels.

Adenoide Vegetationen findet man vorwiegend bei Leptoprosopen, Rhinitis

atrophica foetida fast ausschliesslich bei Chaemoprosopen. Trotzdem sind diese Affectionen nicht an gewisse Formationen des Schädels gebunden. Aber die Metaplasie der Nasenschleimhaut wird erst manifest und lästig bei bedeutender Geräumigkeit der Nase, wie sie den Chaemoprosopen eigen ist, und sie führt hier secundär zu viel stärkerer Muschelatrophie und zum Fötor. Umgekehrt bedingt die Engigkeit der lepto-prosopischen Nase, dass das durch aden. Veg. gesetzte Athmungshinderniss besonders fühlbar wird. Der sog. adenoide Habitus ist gleichbedeutend mit Leptoprosopie und steht in keinem ätiologischen Abhängigkeitsverhältniss zur Hyperplasie der Rachentonsille.

15. Reinhard (Duisburg): Ein Fall von traumatischem Empyem der Kieferhöhle.

Dasselbe entwickelte sich im Anschluss an einen Stoss mit dem Regenschirm, der die Backe des Patienten etwas seitlich von der Nasolabialfalte traf. Nach missglücktem Versuch, Heilung durch Extraction eines Zahnes zu erzielen, musste von aussen an der Ursprungsstelle eingegangen werden. Hierbei entleerte sich ein kleiner Sequester. Es folgte Heilung.

Schmithuisen erwähnt einen ähnlichen Fall von Verletzung der Backe, im Anschluss an die ein Drainrohr unerklärlich aus dem Verband verschwand, um später bei Operation des Empyems der Kieferhöhle in letzterer wiedergefunden zu werden.

16. Reuter (Ems): Demonstration eines speciell zu klinischen Zwecken bestimmten Riechmessers.

17. Schmithuisen (Aachen): Die unblutige Operation der typischen Nasenrachenpolypen.

Es handelt sich um die Polypen der Wachsthumsjahre, die bei Knaben vom 17.—20. Jahre beobachtet werden.

An der Hand von 5 geheilten Fällen beschreibt Sch. seine Operationsmethode, die den Patienten das Verbleiben in ihrer Thätigkeit ermöglicht.

Zur Beurtheilung des Blutreichthums der Tumoren dient die Farbe: die dunkelrothen sind mehr angiomatöser, die hellgrauen mehr fibröser Natur. Bei den ersteren setzt die Galvanokaustik grosse Blutungen, daher ist hier die Elektrolyse ausschliesslich am Platze, während bei den reinen Fibromen die Galvanokaustik zur Beschleunigung des Verfahrens hinzugenommen werden kann.

In allen Fällen genügte zunächst eine elektrolytische Sitzung mit dem von der Nase aus in die Geschwulst eingebohrten Brenner zur Sistirung der periodisch aufgetretenen starken Blutungen. Letztere entstehen durch venöse Stase infolge der starken Einkapselung der Geschwulst in der Nase. Die Elektrolyse verkleinert die Geschwulst und beseitigt so Spannung und Blutung.

Weiterhin erfolgt dann die allmälige Abtragung mit der nach Voltolini construirten Schlinge, mit welcher von der Nase oder dem Rachen her der Tumor umfasst wird. Mit der zugeschnürten Schlinge wird der negative Pol verbunden, während der positive Pol mit breiter Platte der Backe aufgesetzt wird. Im ganzen Bereich

der kräftig angezogenen und längere Zeit festgehaltenen Schlinge tritt eine weisse Aetzung ein. Die Einschnürung ist eine fast vollständige, der Rest wird langsam durchgetrennt durch Verbindung beider Pole mit dem Galvanokauter. Die weitere Verkleinerung des Resttumors bleibt periodisch wiederholten elektrolytischen Sitzungen vorbehalten.

Sch. kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Der typische Nasenrachenpolyp ist ein gutartiger Tumor.

2. Das Wachsthum lässt bei fortschreitender Entwicklung des Individuums spontan nach.

3. Es ist daher nicht nöthig, das Hauptaugenmerk auf Zerstörung mit Stumpf und Stiel zu richten.

4. Die Zugänge von Nase und Rachen reichen zur Beseitigung völlig aus.

5. Jede grössere Voroperation ist daher in nicht complicirten Fällen überflüssig.

6. Die Beseitigung der typischen Nasenrachenpolypen ist den Hals- und Nasenspecialisten zuzuweisen.

18. Stores (Metz): Ein Fall von gleichzeitigem Vorkommen von Schmeissfliegen in beiden Ohren nebst Entwicklung zweier Madengenerationen dieser Fliegen mit Vorweisung verschiedener Präparate.

Reimers (Wandsbek).

IV. Briefkasten.

Personalia.

Dr. E. P. Friedrich (Leipzig) ist zum ausserordentlichen Professor für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten in Kiel ernannt worden. Mit der am 1. April d. J. begründeten Professur ist die Leitung einer Poliklinik für die genannten Fächer verknüpft.

Auf Wunsch unseres verehrten amerikanischen Mitarbeiters, Herrn Dr. Lefferts, welcher das riesige Material der amerikanischen Referate allein nicht länger bewältigen kann, ist Dr. Emil Mayer (New York) als zweiter ständiger amerikanischer Mitarbeiter dem Centralblatt beigetreten.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

// Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, Juli. 1899. No. 7.

I. Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

(Nach einem am 2. April 1899 vor der Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg gehaltenen Vortrag.)

Von

Felix Semon.

(Fortsetzung.)

Darf man in Bezug auf die eben erörterte Frage auf Einmüthigkeit unter den Laryngologen hoffen, so steht die Sache wesentlich anders mit Bezug auf die zweite Frage: Soll in Zukunft bei den internationalen medicinischen Congressen und ähnlichen Gelegenheiten die Laryngologie mit der Otologie in eine Section verschmolzen werden oder nicht?

Wollte man freilich nur aus der Vergangenheit schliessen, so scheint diese Frage bereits in ablehnendem Sinne entschieden zu sein. Wie unser historischer Rückblick zeigt, haben sich bei verschiedenen Gelegenheiten und in verschiedenen Ländern bald die Laryngologen, bald die Otologen, bald beide Gruppen energisch gegen eine derartige ihnen ungefragt aufgedrängte Verschmelzung erklärt.

Aber es würde ein grosser Fehler sein, diese Frage im gegenwärtigen Augenblick nur nach den Erfahrungen der Vergangenheit zu beurtheilen. Unverkennbar hat sich im Laufe der letzten 15 Jahre innerhalb beider Specialitäten selbst ein Umschwung angebahnt, der gegenwärtig weit davon entfernt ist, seinen Abschluss erreicht zu haben, und über dessen schliesslichen Ausgang sich zur Zeit kaum mehr als Vermuthungen aufstellen lassen. Gehörte es bis vor etwa 15 Jahren zu

den Ausnahmen, dass die laryngologische und otologische Specialität sich in einer Hand vereinigt fanden, so ist dies mit dem Heranwachsen einer jüngeren Generation von Specialisten anders geworden. Ob gegenwärtig mehr reine Laryngologen und reine Otologen oder mehr Oto-Laryngologen existiren, dürfte ohne eigene statistische Erhebungen gar nicht zu entscheiden sein. Als feststehend darf nur betrachtet werden, dass, während früher die Hospital- und Privatpraxis, der Unterricht, die Fachpresse und die Vereinsthätigkeit beider Specialitäten fast allgemein streng getrennt waren — wenn auch Ausnahmen schon damals existirten — sich jetzt neben den bestehenden getrennten Einrichtungen der genannten Art fast allerorts Hospitäler, Polikliniken, Zeitschriften und Gesellschaften gebildet haben, die der Pflege sowohl der Laryngologie wie der Otologie gewidmet sind und dass sich heutzutage, wenn nicht die Majorität, so jedenfalls eine sehr ansehnliche Minorität von Specialisten gleichzeitig der Ohren- wie der Kehlkopfheilkunde befleissigt.

Wie ist nun dieser Umschwung zu Stande gekommen?

Der Schreiber dieser Zeilen, welcher die ganze Bewegung von ihrem Anfange an aufmerksam verfolgt hat, möchte sie in weitaus erster Reihe auf einen rein äusserlichen Umstand zurückführen, nämlich auf die Ueberfüllung beider Specialitäten, welche innerhalb der letzten 15 Jahre fast allerorten wahrhaft erstaunliche Dimensionen erreicht hat. Die Anzahl der Specialisten hat sich innerhalb dieses kurzen Zeitraums in einer Weise vermehrt, welche ganz ausser Verhältniss zu der Zunahme der Bevölkerung und des allgemeinen Wohlstandes steht. In Grossbritannien beispielsweise veranschlagten wir im Jahre 1884 die Anzahl derjenigen Aerzte, welche sich ausschliesslich oder doch vorwiegend mit der Behandlung von Hals- und Nasenleiden befassten, auf etwa 50; heute zählt allein die Londoner Laryngologische Gesellschaft 150 Mitglieder, die Britische Laryngologische, Rhinologische und Otologische Vereinigung ausser ihren auch der erstgenannten Gesellschaft angehörigen Mitgliedern etwa 50 weitere; ausserdem dürften im Lande zum wenigsten noch 50 Specialisten existiren, die keiner der beiden genannten Gesellschaften angehören; mit anderen Worten: innerhalb 15 Jahren hat sich die Anzahl der Specialisten in unserem Fache etwa verfünffacht! Aehnlich scheinen die Verhältnisse in anderen Ländern zu liegen, wie man aus Privatgesprächen und aus gelegentlichen im Druck vorliegenden Aeusserungen entnehmen kann. So wurde in dem satirischen Ausblick auf die weitere Entwicklung der Laryngologie, welcher nicht den wenigst amüsanten Theil der humoristischen Festzeitung zum 10jährigen Stiftungsfest der Berliner Laryngologischen Gesellschaft bildet, für das Jahr 1906 die Gründung der 200. Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten in Berlin prophezeit; während im Inseratentheil derselben Zeitung von einer laryngologischen Poliklinik „ein Patient“ gesucht wird. Hinter dem Scherze, scheint es, birgt sich bitterer Ernst!

Die practische Folge dieser Ueberfüllung liegt auf der Hand. Der jüngere Specialist findet weder für die Hospital- noch für die Privatpraxis genügendes Material, wenn er sich an einem bereits ausreichend mit Specialkollegen versehenen grösseren Orte niederlässt; und ebensowenig an einem kleinen Platze, wo freilich eine Concurrenz nicht vorhanden, die Zahl der vorkommenden Specialfälle aber

entsprechend der niederen Einwohnerzahl zu gering ist. Er sieht sich darauf angewiesen, den Kreis seiner Thätigkeit zu erweitern und wird dabei naturgemäss durch den Nasenrachenraum — räumlich das Bindeglied zwischen Ohr und Hals — zunächst zur Beschäftigung mit der Otologie geführt. Das ist eine durchaus natürliche und verständliche Entwicklung. Wieweit dieselbe gehen wird, scheint in diesem Augenblicke misslich vorherzusagen. Es ist denkbar, dass sie immer weiter um sich greift und dass schliesslich reine Laryngologen und Otologen ebenso zu den Merkwürdigkeiten der Vergangenheit gehören werden, wie der Vogel Dodo; es ist andererseits auch möglich, dass die Bewegung, wenn sie auf einem bestimmten Punkte angekommen ist, stehen bleibt, oder gar, dass nach dem gegenwärtigen Drang auf eine Vereinigung eine Reaction im entgegengesetzten Sinne folgt. Vorläufig aber und bis eine allgemeine Meinungsäusserung der Specialisten beider Fächer die Forderungen einzelner Wortführer unterstützt, ist der Zeitpunkt, wie es vielen von uns scheint, noch nicht gekommen, in welchem ein so äusserlicher Grund, wie der genannte, die zwingende Veranlassung abgeben dürfte, an den gegenwärtig bestehenden bewährten Einrichtungen zu rütteln.

„Aber" — so dürfte sicherlich an dieser Stelle von den Vorkämpfern der Vereinigung eingewendet werden — „wir erkennen es ganz und gar nicht als richtig an, dass das unter der jüngeren Generation sich geltend machende Bestreben nach einer Vereinigung beider Fächer auf ein rein äusserliches Moment zurückzuführen ist, wie das genannte. Wir behaupten vielmehr, dass die Vereinigung mit innerlicher Nothwendigkeit hervorgegangen ist und hervorgeht aus den grossen Fortschritten, welche die Rhinologie im Laufe der letzten 15 Jahre gemacht hat und aus dem wichtigen Einfluss, welchen dieser Zweig unserer Specialität sowohl auf die Laryngologie, wie auf die Otologie gewonnen hat. Bei einem weiteren Getrenntbleiben der Hals- und der Ohren-Specialität steht es zu befürchten, dass die Rhinologie sich in eine Otorhinologie und eine Laryngorhinologie spaltet und einer solchen weiteren Zersplitterung wünschen wir durch die Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie entgegenzuarbeiten."

Diesem Standpunkt liegen zwei Prämissen zu Grunde, die uns sehr anfechtbar erscheinen. Zunächst können wir bei freudigster Anerkennung der Fortschritte, welche die Rhinologie im Laufe der letzten 15 Jahre gemacht hat, ihren Einfluss auf die Laryngologie und Otologie, von dem man so oft jetzt hört, nicht in dem Maasse anerkennen, das für sie gefordert wird; und zweitens scheint uns die Gefahr eine viel reellere, dass sowohl die Laryngologie wie die Otologie von der Rhinologie vollständig ins Schlepptau genommen werden, als dass die letztere sich nach zwei getrennten Richtungen hin entwickle! —

Wenn wir so sprechen, so sind wir uns völlig bewusst, dass wir nicht nur bei dem heikelsten Punkte dieses Artikels, sondern bei der heikelsten Frage überhaupt angelangt sind, welche die Laryngologie vielleicht je beschäftigt hat, bei der Frage nämlich: ob die Fortschritte der Rhinologie in den letzten 15 Jahren dieselbe wirklich zu der führenden Rolle berechtigen, auf welche manche ihrer Vorkämpfer für sie Anspruch erheben?

Wir wollen es versuchen, diese Frage leidenschaftslos zu erörtern.

Nicht dem geringsten Zweifel kann es unterliegen und dürfte wohl auch von

keiner Seite angefochten werden, dass die beiden Specialitäten: Otologie und Laryngologie vollständig unabhängig von einander entstanden sind und vollständig unabhängig von einander sich entwickelt haben. Die Otologie ist bei weitem die ältere von beiden. Ihre Anfänge reichen bis in den Beginn dieses Jahrhunderts zurück; zur Zeit, als Türck und Czermak begannen, Garcia's Kehlkopfspiegel für medicinische Zwecke dienstbar zu machen, war die Otiatrie bereits zu stattlicher Höhe erwachsen. Wiederum lange vor dieser Zeit aber war bereits die Bedeutung des Nasenrachenraums und der Eustachischen Röhre für die Hörfunction Aerzten aller Nationen bekannt. Die epochemachende Entdeckung Wilhelm Meyer's, die Entdeckung der adenoiden Vegetationen, änderte nichts in diesen Verhältnissen; sie zeigte nur, eindringlicher als man es bis dahin gewusst hatte, die Häufigkeit, mit welcher anatomisch (d. h. durch thatsächliche Verlegung des Luftweges oder durch die Fortpflanzung catarrhalischer Processe) vom Nasenrachenraum aus das Mittelohr in Mitleidenschaft gezogen wird. Gleichzeitig aber gewann diese Entdeckung einen tiefgehenden Einfluss auf die laryngologischen Interessen. Nicht nur die Gehörfunction, sondern auch die Respiration und das Articulationsvermögen erwiesen sich als häufig hochgradig beeinflusst von pathologischen Vorgängen im Nasenrachenraum; Entzündungsprocesse pflanzten sich von dort auf die Nase einerseits, auf die tieferen Luftwege andererseits ebenso fort, wie auf die Ohrtrompete. So wurde der Nasenrachenraum zum natürlichen Bindeglied zwischen beiden Specialitäten, einem Bindeglied, aber wohlverstanden, wie es die Laryngologie mit den verschiedensten anderen Zweigen der Medicin besitzt. Man theilte sich demgemäss friedlich in seinen Besitz, ebenso wie z. B. die Mundhöhle von dem Kliniker, dem Chirurgen, dem Laryngologen, dem Dermatologen, dem Syphilidologen und dem Zahnarzt in Anspruch genommen wird, und bis zur Mitte des vorigen Jahrzehnts fiel es ebenso wenig irgend jemandem und gewiss nicht der Mehrzahl der Specialisten ein, dass der Kehlkopfarzt mit innerlicher Nothwendigkeit gleichzeitig ein Specialist für Ohrenkrankheiten sein müsse, weil beide Specialitäten im Nasenrachenraum ein Bindeglied und einen Berührungspunkt hätten, als es irgend jemand eingefallen wäre oder noch heute einfällt, von ihm zu verlangen, dass er gleichzeitig ein Specialist für Chirurgie, innere Medicin, Neurologie, Augenkrankheiten, Kinderkrankheiten, Zahnkrankheiten etc. sein müsse. Und doch haben alle die genannten Zweige der Medicin ganz sicherlich einen nicht weniger intimen und innerlich begründeten Zusammenhang mit der laryngologischen Specialität, wie die Otologie!

Hoffentlich wird man diese Ausführungen nicht missverstehen. Wir plädiren durchaus nicht für eine engherzige, maschinenmässige, räumlich etagenmässig abgegrenzte Auffassung des Specialismus. Der Schreiber dieser Zeilen ist sein Lebtag für das gerade Gegentheil eingetreten. Er hat es stets auf das Freudigste begrüsst, wenn von anderer Seite her, als der rein lokal specialistischen Anregungen in das Gebiet unserer Specialität hineingetragen worden sind und wenn umgekehrt unsere Specialität in Wechselbeziehung sich der grossen Mutterwissenschaft nützlich erwiesen hat. Niemand kann sich mehr darüber freuen als er, wenn sich unsere Specialität aus wissenschaftlich allgemein und gründlich durchgebildeten Aerzten recrutirt, wenn jeder Specialist auch weiterhin den Zusammenhang mit der Allge-

meinmedicin aufrecht erhält. Und ebensowenig kann und darf es jemandem seiner Ansicht nach einfallen, einem Arzt vorschreiben zu wollen, wie weit er seine praktische Thätigkeit auszudehnen oder zu beschränken habe. Das alles muss durchaus eigener Neigung und individuellen Erfordernissen überlassen bleiben und wird sich diesen gewiss auch allerorts und stets ungezwungen anpassen. Man findet ja gelegentlich die wundersamsten Zusammenstellungen. Von der Combination der Otologie mit der Laryngologie ganz abgesehen, giebt es — zumal in Amerika, nicht nur Privatpersonen, sondern auch Zeitschriften und selbst Specialgesellschaften, die der gleichzeitigen Pflege von Augen-, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten obliegen; zwei hochgeschätzte deutsche Collegen, von denen der eine, der frühverstorbene Michelson, leider nicht mehr unter uns weilt, der andere aber in vollster Rüstigkeit wirkt, haben den praktischen Beweis geliefert, dass man gleichzeitig ein trefflicher Halsarzt und ein guter Dermatologe sein kann. Und die vielleicht ausserordentlichste Verbindung zweier Specialitäten, die es selbst auf dem Wege der Reflexthätigkeit schwer sein dürfte, mit einander in Verbindung zu bringen, findet sich in der Person eines liebenswürdigen britischen Collegen, der eine ebenso geschätzte Autorität für Halskrankheiten, wie für — — Nierenchirurgie ist!

So soll sich und wird sich auch jederzeit die individuelle Neigung ungehindert Bahn brechen. Aber der objective Beobachter, der die Geschichte derjenigen beiden Fächer, mit denen wir uns hier speciell befassen, aufmerksam verfolgt hat, wird doch frappirt sein darüber, wie selten sich bis vor verhältnissmässig kurzer Zeit, die individuelle Neigung derjenigen, welche hauptsächlich dazu beigetragen haben, je eines dieser beiden Fächer wissenschaftlich auf ihre jetzige Höhe zu erheben, auf eine Combination derselben geworfen hat! — Wenn man die Namensliste derjenigen überschaut, der schon Dahingegangenen, wie der noch heute Wirkenden, von denen widerspruchslos seitens der Angehörigen beider Specialitäten zugestanden wird, dass sie Bedeutendes in beiden Fächern geleistet hätten, so ist ihre Zahl eine erstaunlich geringe. Von den Heimgegangenen dürfte der einzige Voltolini sein; die Namen der Lebenden liessen sich leicht genug an den Fingern abzählen. Es soll damit nun selbstverständlich nicht behauptet werden, dass nicht ein und derselbe Mann in beiden Fächern Vortreffliches zu leisten imstande wäre. Wir registriren nur die nackte Thatsache (die sicherlich nicht bedeutungslos ist gegenüber dem behaupteten innerlichen nothwendigen Zusammenhange beider Specialitäten), dass so wenige von den Schöpfern der modernen Otologie und Laryngologie — nach dem Zeugniss der Literatur zu schliessen — das Bedürfniss eines solchen Zusammenhanges empfunden und schriftstellerisch bethätigt haben. Die Vertreter der neuen Richtung haben die reinen Otologen und Laryngologen in jüngster Zeit wiederholt als „Extremisten“ bezeichnet, als ob die letzteren versucht hätten, ihr eigenes Fach auf Exstremste zu specialisiren. Die den historischen Thatsachen vollständig entsprechende Schilderung, die wir im Obigen gegeben haben, zeigt wohl zur Genüge, dass dieser Vorwurf den historischen Vorgang schlimm verkennt; nicht eine künstliche Trennung naturgemäss zusammengehörender und aus einem und demselben Samenkorn entstandener Fächer streben die Vertheidiger der gegenwärtig bestehenden Einrichtungen

an, sondern es sind die Vertreter der neuen Richtung, welche völlig unabhängig von einander entstandene und sich nur in einzelnen Punkten berührende Fächer zwangsweise mit einander verschmelzen wollen.

Und welches sind denn nun die grossen Fortschritte der Rhinologie, wo liegt denn der gewaltige Einfluss, den dieselbe sowohl auf die Laryngologie, wie auf die Otologie gewonnen hat und der die zwangsweise Verschmelzung beider zur innerlichen Nothwendigkeit macht?

Das Evangelium derselben wird uns wieder und wieder gepredigt. Aber ist dasselbe wirklich so unanfechtbar, so zweifellos richtig, dass wir uns den Behauptungen seiner Jünger widerstandslos zu fügen hätten?

Diese Frage ist kaum je aufgeworfen und kritisch untersucht worden; begreiflich genug: denn es ist stets eine nicht eben erfreuliche Aufgabe, sich einer Richtung entgegenzustellen, die beansprucht, als die Vertreterin wissenschaftschaftlichen Fortschritts zu gelten, und wer es wagt, dies zu thun, setzt sich der Gefahr aus, als Reactionär und Dunkelmann verschrieen zu werden.

Dieses Bedenken aber soll uns nicht abschrecken, auf die Frage der Entwicklung der Rhinologie in den letzten 15 Jahren und auf die sich naturgemäss an sie anschliessende zweite Frage: ob diese Entwicklung die Ansprüche rechtfertigt, welche in ihrem Namen erhoben werden, in Kürze einzugehen. Nennt man die Sache beim rechten Namen, so sind diese Fragen nicht nur der Kernpunkt der gegenwärtigen Discussion, sondern sie bedeuten auch den Angelpunkt unserer ganzen Disciplin für die nächste Zeit. Schon heute fühlen sich viele unserer jüngeren Specialcollegen weit mehr als Rhinologen, denn als Laryngologen und sprechen das ganz offen aus. Die Laryngologie im engeren Sinne wird von einem Theil dieser jüngeren Generation als eine mehr oder minder abgegraste Weide betrachtet. Ist diese Auffassung berechtigt? Liegt es wirklich im Interesse unserer Specialität, der ärztlichen Wissenschaft im Allgemeinen und der Kranken, dass die Rhinologie in Zukunft die Führung übernehmen soll, dass die Laryngologie auf das Altentheil gesetzt wird?

Bis zum Jahre 1880 lagen die Verhältnisse gerade umgekehrt. Die Laryngologie bildete für die Laryngologen die Hauptsache, die Krankheiten der Nase, des Nasenrachenraumes und des Rachens spielten dem Kehlkopf gegenüber eine verhältnissmässig untergeordnete Rolle. Freilich waren die Einsichtigeren auch damals schon weit davon entfernt, die Bedeutung der Nase für die Krankheiten der unteren Luftwege zu unterschätzen; man wusste auch damals schon die üblen Folgen der Mundathmung zu würdigen. Das alles aber hielt sich innerhalb gemessener Grenzen.

Anfang der 80er Jahre nun erschienen in rascher Aufeinanderfolge drei Arbeiten, welche Nasenaffectionen eine viel höhere Bedeutung zusprachen, als ihnen bis dahin zuerkannt war: der Aufsatz von Woakes über nekrotisirende Ethmoiditis, die erste Ziem'sche Arbeit über Empyem der Kieferhöhle und Hack's Monographie über eine operative Radicalbehandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma, Heufieber etc.

Von diesem Zeitpunkt an ist die Geschichte der Rhinologie eine sehr merkwürdige gewesen. Unzweifelhaft hat sie in vielen ihrer Capitel bedeutende Fort-

schritte gemacht. Aber wie ein Verhängniss hat es über ihrer Entwicklung geschwebt, dass an die weitaus meisten dieser Fortschritte anfänglich weit höhere Erwartungen geknüpft wurden und viel mehr für ihre Bedeutung in Anspruch genommen worden ist, als sich schliesslich realisirt hat. Die nekrotisirende Ethmoiditis sollte ein äusserst häufiges Leiden sein und die Haupt-, wenn nicht alleinige Ursache der Polypenbildung in der Nase darstellen. Diese Lehre hat freilich niemals allgemein Wurzel geschlagen, ist aber doch noch in neuester Zeit wieder aufgenommen worden. Ihre Verfechter plädiren für ein weit energischeres Vorgehen bei allen Fällen von Polypen in der Nase, als es von der Mehrzahl der Specialisten für notwendig befunden wird.

Viel weiter verbreitet und verhängnissvoller war die neue Lehre von den nasalen Reflexneurosen. Als Hack mit seinem Werke in die Oeffentlichkeit getreten war, überbot man sich in den verschiedensten Ländern darin, die von ihm schon recht weit gesteckten Grenzen der nasalen Reflexneurosen noch weiter zu ziehen: Wo irgendwo im Körper obscure nervöse Symptome auftraten, für die eine Ursache anderswo nicht zu ermitteln war, wurde von Enthusiasten die Ursache in der Nase gefunden! — Wie oft hat zumal in der zweiten Hälfte der 80er Jahre der Glühdraht wegen „Nasenhustens", „Nasenasthmas", „von der Nase aus ausgelöster Epilepsie" etc. etc. gewaltet, wo andere Ursachen, als hypothetische intranasale Zustände dem Leiden zu Grunde lagen! Hat sich auch glücklicherweise allmählich in diesen Beziehungen eine weit gemässigtere Anschauung Bahn gebrochen, so wäre es doch irrig, anzunehmen, dass „der Strom unserer Disciplin", wie es B. Fränkel einmal hübsch ausgedrückt hat, hinsichtlich dieser Dinge bereits „aus der Gegend der Stromschnellen und der Wasserfälle" herausgetreten sei. Noch vor wenigen Wochen bekannten sich in einer Discussion über die Beziehungen der Nase zum Asthma einige Mitglieder der Londoner Laryngologischen Gesellschaft zu den radicalsten Anschauungen über die Räthlichkeit einer intranasalen Lokalbehandlung bei Asthma auch in solchen Fällen, in welchen nur das vorläge, was sie als „physiologische Insufficienz" bei sonst gesunder Nase bezeichneten; was man hierunter sich vorstellen solle, darüber freilich wurde Klarheit nicht geschaffen. — Glücklicherweise stand die grosse Majorität der Anwesenden und was am erfreulichsten ist, auch die hervorragendsten Vertreter der jüngeren Generation auf wesentlich gemässigterem Standpunkte.

Auch das Capitel von den Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase — an sich nach der Meinung des Schreibers dieser Zeilen das bei weiten verdienstlichste der modernen Rhinologie — ist von schweren Uebertreibungen nicht frei geblieben. Erscheint schon die Zahl der von einzelnen Specialisten innerhalb kurzer Zeit beobachteten Fälle solcher Erkrankungen auch demjenigen schwer verständlich, der selbst über ein grosses Krankenmaterial verfügt, ohne in demselben auch nur annähernd so viel Sinusaffectionen entdecken zu können, so verwandelt sich das Erstaunen hierüber in Bedauern, wenn man sieht und hört, wie oft es von einigen Vorkämpfern der neuen Richtung für nothwendig befunden wird, chirurgische Eingriffe schwerer Natur vorzunehmen, die ausser Verhältniss zu der Geringfügigkeit der Symptome stehen, während, wie die Erfahrung zeigt, man mit weit kleineren Operationen auskommen kann. Und als eine noch schwerere Uebertreibung muss

der Versuch bezeichnet werden, die Ozaena in allen Fällen auf Erkrankungen der Nebenhöhlen zurückzuführen und letztere demgemäss chirurgisch zu behandeln.

Das Schlimmste aber, was in Bezug auf rhinologische Uebertreibungen geleistet worden ist und noch gegenwärtig geleistet wird, fällt in das Capitel der mechanischen Verengerung der Nasenwege, sei es durch Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand, sei es durch Schwellungszustände der Muschelschleimhaut. Es mag sein, dass die unzweifelhaft bedeutenden technischen Fortschritte in der chirurgischen Behandlung dieser Dinge dazu geführt haben, dass man die Indicationsstellung für chirurgische Eingriffe immer weiter gezogen hat. Wie dem aber auch sein mag, darüber kann kein Zweifel bestehen und das wird auch von den ruhigeren Specialisten aller Länder lebhaft und laut genug beklagt, dass mit dieser Operation gegenwärtig vielfach grosser Missbrauch getrieben wird. Ausgehend von der an sich ganz richtigen Vorstellung, dass entzündliche Vorgänge im Rachen, im Kehlkopf und in den tieferen Luftwegen bei aufgehobener oder doch hochgradig beeinträchtigter Function der Nase sowohl leichter entstehen, wie schwerer rückgängig zu machen sind, hat sich allmählich die ebenso bedauerliche wie unglaubliche Lehre entwickelt, dass entzündliche Vorgänge in den genannten Theilen primär überhaupt nicht vorkämen und dass man bei dem Befunde entzündlicher Veränderungen in ihnen stets in der Nase den Ausgangspunkt zu suchen habe. Und was das Aergste ist: Diese theoretische Lehre wird mehr und mehr in die Praxis umgesetzt! Welcher beschäftigte Specialist sähe nicht solche Fälle, wie die beiden folgenden, die dem Schreiber dieser Zeilen kürzlich zu Gesicht gekommen sind? Der erste betrifft einen Börsenmakler, der infolge gewohnheitsmässigen lauten Schreiens während seiner Berufsstunden einen chronischen Kehlkopfcatarrh acquirirt hatte. Als er den Schreiber dieser Zeilen consultirte, war er bereits $1/2$ Jahr hindurch mit Absägen von Vorsprüngen der Nasenscheidewand und chemischen und galvanokaustischen Aetzungen der Muscheln behandelt worden, obwohl er niemals Nasenbeschwerden gehabt hatte, während der Operateur treu dem Princip der vermeintlichen nasalen Aetiologie nie daran gedacht hatte, das wirklich erkrankte Organ, den Kehlkopf, direct zu behandeln. Vollkommene Stimmruhe mit gleichzeitiger adstringirender Lokalbehandlung erzielten in wenigen Wochen vollkommene Heilung. Im zweiten Falle war ein Schauspieler gezwungen, sofort nach dem Ablauf eines schweren Influenzaanfalles zur Bühne zurückzukehren; schon am ersten Abend war er heiser, am dritten hatte sich die Heiserkeit zur fast vollständigen Aphonie verschlimmert. Er consultirte einen Vorkämpfer der neuen Richtung, der ihm erklärte, dass eine grössere Operation in der Nase, über deren Natur der Patient nichts näheres anzugeben wusste, zur Wiederherstellung der Stimme durchaus erforderlich sei. Da der Patient nie in seinem Leben die geringsten Beschwerden seitens der Nase gehabt hatte, so fragte er zunächst seinen Hausarzt um Rath, ob er sich der angeratenen Operation unterziehen solle und wurde von diesem an den Schreiber dieser Zeilen gewiesen, der in der Nase überhaupt nichts fand, was ihm operationsbedürftig erschien, dagegen im Kehlkopf eine starke Röthung und Schwellung der Stimmbänder constatirte, wie sie bei verfrühtem Stimmgebrauch nach eben abge-

laufener acuter Influenza natürlich genug war. Auch in diesem Falle brachte Stimmruhe und adstringirende Lokalbehandlung schnelle Heilung.

Wir würden diese Fälle hier nicht zur Sprache gebracht haben, wenn sie nicht unserer Erfahrung nach einfach typisch für jene Richtung der Rhinologie wären, die wir unserer besten Ueberzeugung nach als direct schädlich für die Entwicklung unserer Specialwissenschaft ansehen und die uns, wie wir fest glauben, in den Augen des gesammten ärztlichen Standes nicht von Nutzen ist. Die Ironie, mit der die praktischen Aerzte die Operationen an der Nasenscheidewand, welche zur Heilung der verschiedensten Leiden als erforderlich erklärt werden, zu erörtern pflegen, ist kein eben erfreuliches Zeichen für die Werthschätzung der Leistungen der modernen Rhinologie.

Ein würdiges Seitenstück zu der übergrossen Thätigkeit, die dem Septum gegenüber entfaltet wird, ist im Laufe der letzten Jahre mit Bezug auf die Schwellungszustände der hinteren Muschelenden entstanden. Früher waren es die vorderen Muschelenden, denen zu Leibe gegangen wurde, jetzt müssen die hinteren bluten! Seitdem die Technik der Operation derselben erleichtert worden ist, speciell seit der Einführung des „Turbinotoms“, hat sich plötzlich die Anzahl der als erforderlich erachteten Operationen ins Ungemessene vermehrt: Es giebt ein Specialhospital, das sich der Thatsache rühmt, dass an den Operationstagen die entfernten hinteren Muschelenden „mit dem Besen aufgekehrt werden“ müssen. Der secundären Blutungen, die durchaus nicht selten recht ernstlich sind, und vor allen Dingen des durch die Entfernung eines bedeutenden und functionell wichtigen Theiles der Nase gesetzten gewissermassen atrophischen Zustandes, der, wie die Erfahrung zeigt, nur zu leicht zur Austrocknung und Krustenbildung an der hinteren Rachenwand führt, wird bei der brillanten Operation nicht gedacht! —

Fragt man sich nun, was von allen diesen Dingen, die wir im Laufe der letzten 15 Jahre haben entstehen sehen, wirklich geblieben und als sicheres Besitzthum in den Schatz unseres Wissens und Könnens eingereiht worden ist, so würden wir sagen: Die moderne Rhinologie hat festgestellt, dass eine beschränkte Anzahl von Reflexneurosen von der Nase ausgehen kann; sie hat die Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase bedeutend gefördert; sie hat die operative Technik bei intranasalen Eingriffen erheblich vervollkommnet; sie hat die Histologie der Neubildungen der Nase revidirt und theilweise umgestaltet; sie hat uns bakteriologisch über die in der Nase normaliter und pathologisch vorkommenden Mikroorganismen bis zu einem gewissen Grade belehrt und hat manche guten Monographien und Arbeiten zu Tage gefördert, die sich mit ganz speciellen Punkten ihres Gebietes befassen. Das sind gewiss sehr hübsche, sehr anerkennenswerthe Erfolge; bedenkt man, dass dies alles innerhalb 15 Jahren geleistet worden ist, so muss man zugeben, dass die Rhinologie alles Recht hat, darauf stolz zu sein. Aber wie man hieraus den weitergehenden Schluss herleiten will, dass die Rhinologie einen massgebenden Einfluss auf die Laryngologie gewonnen habe, dass sie sich dieser nicht nur als gleichbedeutend zur Seite stellen dürfe, sondern sogar die Führung übernehmen könne — das ist dem Schreiber

dieser Zeilen einfach unverständlich. Dass von dem grossen Einfluss auf die Laryngologie, der der Rhinologie vindicirt worden ist, nach den praktischen Erfahrungen, die wir mittlerweile gesammelt haben, nur in äusserst eingeschränktem Maasse und nur in einer verhältnissmässig kleinen Reihe von Fällen die Rede sein kann, haben wir im Vorstehenden nachzuweisen versucht. Die Krankheiten der Nase aber, so häufig und so verhältnissmässig unbequem für ihren Träger sie auch sein mögen, an Bedeutung den Krankheiten des Kehlkopfes gleichzustellen, kann doch wohl kaum einem ruhigen Beurtheiler einfallen. Wo fände sich in der Nase, selbst mit Einschluss der Nebenhöhlen, wenn wir von den seltenen bösartigen Erkrankungen dieser Theile absehen, eine Krankheit, die sich an pathologischer Dignität, an diagnostischer Bedeutung, an Lebensgefahr für ihren Träger mit der Tuberculose, der tertiären Syphilis, der Diphtherie, den Neubildungen, den organischen Lähmungen des Kehlkopfes vergleichen könnte?

Müssen wir somit die innere Nothwendigkeit, welche aus dem behaupteten Einfluss der Rhinologie auf die Laryngologie für die Verschmelzung der letzteren mit der Otologie resultiren sollte, nach bestem Gewissen in Abrede stellen, so bleibt die zweite Frage: steht die Sache ebenso mit dem angeblichen grossen Einfluss der Rhinologie auf die Otiatrie oder liegen hier die Dinge anders?

In dieser Frage kann der Schreiber dieser Zeilen sich ein wirklich fachmännisches Urtheil nicht erlauben. Ihm ist es wohlbekannt, dass behauptet worden ist, 90—95 pCt. aller Ohrenleiden seien von Nasenkrankheiten abhängig. Aber eine solche unbewiesene Behauptung macht, wie er freimüthig bekennen will, auf ihn ebensowenig Eindruck, wie die ebenfalls kürzlich aufgestellte gleichwerthige, dass etwa $^2/_3$ aller Augenkrankheiten von Nasenleiden ausgehen. Dass die Krankheiten des Nasenrachenraumes vermittelst directer Verlegung der der Eustachischen Röhren oder durch Fortpflanzung pathologischer Processe auf dieselben von höchster Wichtigkeit für das Gehörorgan sind, ist bereits oben nachdrücklichst hervorgehoben worden. Dass von der eigentlichen Nase ausgehende Krankheiten, die sich durch den Nasenrachenraum und die Ohrtrompeten auf das Mittelohr fortpflanzen, gleiche Wirkungen haben müssen, ist selbstverständlich. Die Zahl dieser Leiden aber ist eine verhältnissmässig sehr geringe. Und dass eine blosse Verlegung oder Behinderung der Nasenathmung bei intactem Nasenrachenraum den grossen Einfluss auf die Ventilation des Mittelohres haben soll, auf Grund dessen gegenwärtig Ohrenleiden so vielfach von der Nase aus behandelt werden, hat ihm nie einleuchten wollen. Kein Anhänger der neuen Richtung, mit dem er sich über diese Frage unterhalten hat, ist je imstande gewesen, ihn befriedigend aufzuklären, warum, wenn blosse Verlegung der Nasenathmung den behaupteten grossen Einfluss auf das Gehör habe, gerade diejenige Klasse erwachsener Patienten, bei der die Nasenathmung völlig aufgehoben ist, nämlich die an multiplen Nasenpolypen leidenden, so äusserst selten an Ohrencomplicationen irgend welcher Art erkranken. Der Schreiber dieser Zeilen hat dieser Frage, die ihm von grösster Wichtigkeit für die gegenwärtige Discussion zu sein scheint, seit vielen Jahren ganz besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Auf Grund eines grossen Materials kann er seine Erfahrungen dahin zusammenfassen, dass selbst in Fällen vollständigster Verstopfung beider Nasenhälften durch multiple Polypen Ohren-

complicationen, Schwerhörigkeit, Tinnitus etc. in seiner Praxis zu den grössten Seltenheiten gehört haben. Man wird es danach begreiflich finden, dass er sich gegenüber dem behaupteten grossen Einfluss der Nasenstenose bei allen möglichen Gehörleiden ziemlich skeptisch verhält und Versuche, eine Labyrintherkrankung durch Wegmeisselung einer Septumecchondrose zu verbessern, wie ein solcher ihm in den letzten Tagen vorgekommen ist, mit demselben Bedauern betrachtet, wie die oben erwähnten nasalen Behandlungsversuche bei primärer entzündlicher Erkrankung des Kehlkopfes! — Da er aber durchaus von dem Bestreben beseelt ist, praktische Erfahrung in den hier discutirten Fragen zur Richtschnur der weiteren Entwicklung zu machen, so hat er sich mit der directen Frage an einen von ihm hochgeschätzten jüngeren Otologen gewandt, welcher die Ausübung der rhino-laryngologischen Praxis mit der otiatrischen verbindet: ob er seit Einführung der modernen rhinologischen Methoden von einem directen und erheblichen Fortschritt in der Diagnose und Therapie der Ohrenkrankheiten, der auf rhinologische Einflüsse zurückzuführen sei, berichten könne. Die Antwort war ein unumwundenes Nein!

Wir erheben selbstverständlich nicht den Anspruch, dass unsere eigenen Ausführungen oder die Erfahrungen unseres Gewährsmannes ausreichend sind, um die schwierige Frage, mit welcher wir uns hier beschäftigen, erschöpfend und allgemein befriedigend zu beantworten. Gewiss werden sich viele Einwendungen erheben lassen und mancher Leser wird ganz und gar nicht mit unserer Anschauung einverstanden sein. Aber das eine, hoffen wir, wird doch ziemlich allseitig zugestanden werden, dass diejenigen, welche sich nicht widerstandslos dem Drängen auf die Verschmelzung beider Specialitäten fügen, wissenschaftlich nicht als Obscuranten und Reactionäre zu verschreien sind; sie werden vielmehr von dem Bestreben geleitet, ihrer Wissenschaft Gefahren zu ersparen, die ihr, wie sie glauben, von Seiten der neuen Richtung drohen, welche die zwangsweise Vereinigung der Laryngologie und Otologie unter rhinologischer Führung auf ihre Fahne geschrieben hat.

Es liegt hier offenbar ein Conflict vor, der sich in diesem Augenblick weder befriedigend, noch dauernd lösen lässt. Wir leben in einem Uebergangsstadium, dessen schliessliche Gestaltung sich, wie wir schon Eingangs dieses Artikels bemerkt haben, in diesem Augenblick nicht mit Sicherheit voraussehen lässt. Müssen wir also die endgültige Beantwortung der Frage einer späteren Zeit überlassen, so scheint es uns im gegenwärtigen Augenblicke darauf anzukommen, die streitenden Parteien so weit mit einander zu versöhnen, als möglich, ihren beiderseitigen Interessen so sehr als möglich gerecht zu werden und vor allem: nicht die Interessen unserer Wissenschaft unter dem Zwiespalt der Parteien leiden zu lassen.

Diesen praktischen Bemühungen sei der Schluss unserer Ausführungen gewidmet.

(Schluss folgt.)

II. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Medicamente etc.

1) **W. F. Chappell. Nasen- und Halskrankheiten und ihre Beziehung zur allgemeinen Medicin. (Nose and throat affections and their relation to general medicine.)** *N. Y. Med. Record. 12. November 1898.*

Häufig sind ganz unschuldige Ausschläge, die mit dem Exanthem bei Scharlach und Masern Aehnlichkeit haben, von Halssymptomen begleitet und dann ist ein diagnostischer Irrthum sehr naheliegend. Zum Beispiel sind manche Menschen sehr empfänglich für gewisse Fischgifte; sie bekommen danach Fieber und Röthung im Halse zugleich mit einem scharlachähnlichen Ausschlag. Bei anderen Patienten, die leicht an folliculärer Tonsillitis erkranken, entwickelt sich jedesmal beim Beginn der Angina ein scarlatinöses Exanthem über Brust und Rücken. In seiner Familie sah Verf. das öfter und wiederholt glaubten Aerzte dabei, Scarlatina vor sich zu haben. Der Ausschlag ist aber in solchen Fällen nicht von Dauer; er vergeht nach 24 Stunden, oft noch früher und verbreitet sich nie weiter, als über die genannten Theile.

LEFFERTS.

2) **H. Stahr. Die Zahl und Lage der submaxillaren und submentalen Lymphdrüsen vom topographischen und allgemein-anatomischen Standpunkte.** Aus dem anatom. Institut zu Breslau. — *His-Engelmann's Arch. f. Anatomie und Physiol. 6. Heft. 1898.*

Bei gesunden Neugeborenen finden sich neben zwei bis drei submentalen stets drei submaxillare Drüsen beiderseits vor. Ueber die genaueren topographischen Verhältnisse unterrichte man sich im Original.

A. ROSENBERG.

3) **Calot** (Berck). **Die Heilung der Halsdrüsenentzündungen ohne Narbe. (La guérison des adénites cervicales sans cicatrice.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

C. macht Injectionen in die geschwollenen Drüsen; am besten ist die Injection einer Chlorzinklösung $^1/_{50}$. Die Injection wird 3—4 mal wiederholt in Intervallen von 2 Tagen; jedesmal werden 2—3 g der Lösung injicirt. Auf diese Weise kommt fast stets eine Erweichung der Drüsentumoren zu Stande. Dann wird die Punction gemacht und Naphtholcampher injicirt.

PAUL RAUGÉ.

4) **Redact. Notiz. Vergrösserte Halsdrüsen. (Enlarged cervical glands.)** *N. Y. Medical Record. 12. November 1898.*

Jeder Patient, der vergrösserte Drüsen am Halse hat, soll aufs sorgfältigste im Halse untersucht werden. Besonders wenn es sich um Kinder handelt, denke man daran, dass eine sehr gewöhnliche Ursache der Halsdrüsenentzündung hypertrophische Mandeln oder adenoide Vegetationen bilden. Bei älteren Leuten ist jede Schwellung daraufhin zu untersuchen, ob es sich nicht um ein Neoplasma handelt.

LEFFERTS.



5) **D. E. Siegenbeck van Heukelom** (Leiden). **Angeborne Halsgeschwulst. (Tumeur congénitale du cou.)** *Recueil de travaux du Laboratoire Boerhaave. T. I. Leiden 1899.*

Französische Ausgabe einer früher in holländischer Sprache erschienenen Arbeit (cf. Centralbl. Bd. XI. S. 389). H. BURGER.

6) **Lisjanski. Fall von Lymphangiom des Halses. (Slutschai limfangiomi schei.)** *Letopis r. Ch. 2. 1898.*

Die Geschwulst befand sich vorn am Halse unter dem Unterkiefer. Nach der ersten Exstirpation Fistelbildung und Lymphausfluss. Eine Nachoperation hatte vollständigen Erfolg. P. HELLAT.

7) **J. Ortiz Cano** (Habana). **Angeborene Cyste des Halses. (Quiste congenital del cuello.)** *Revist. de Medic. y Cirug. de la Habana. No. 3. 1898.*

Die Cyste wurde bei einer 42jährigen Frau beobachtet. Der Tumor trat im Verlaufe einer Pharyngitis an der rechten seitlichen Halsgegend auf und verursachte weder locale noch allgemeine Störungen. Die Diagnose auf congenitalen Tumor fötalen Ursprungs wurde per exclusionem gestellt. R. BOTEY.

8) **Chas. L. Scudder. Cyste der Bursa thyro-hyoidea. (Cyst of the thyro-hyoid bursa.)** *N. Y. Medical News. 24. September 1898.*

Die Untersuchung ergab unter dem Kinn etwas oberhalb der Spitze des Schildknorpels genau in der Mittellinie einen festen elastischen runden Tumor von Nussgrösse. Derselbe war mit den tieferen Theilen verwachsen und bewegte sich beim Schlucken. Die bedeckende Haut war an einer Stelle adhärent; dort bestand eine kleine Fistelöffnung, in die sich eine ganz feine Sonde einführen liess.

LEFFERTS.

9) **Coudray. Torticollis spasmodica. Resection des Spinalis. (Torticolis spasmodique. Résection du spinal.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. Oct. 1898.*

Die Resection des äusseren Astes des Spinalis ist die geeignetste Behandlung bei Torticollis spasmodica. Diese Operation ist den vielfachen einander folgenden Durchschneidungen der Halsmuskeln, die von Kocher empfohlen wurden, vorzuziehen. Sie hat vor ihnen den Vorzug, dass sie den operativen Eingriff auf das Minimum beschränkt.

Die Resection des Spinalis führt eine sehr ausgesprochene Besserung, aber ebensowenig, wie die anderen Methoden, die völlige und definitive Heilung einer Affection herbei, welche fast stets von Erkrankung des Nervensystems abhängig ist.

PAUL RAUGÉ.

10) **H. Halász** (Budapest). **Ueber die rhino- und otologische Anwendung des Hydrogenium hyperoxydatum.** *Wiener klin. Rundschau. No. 42. 1898.*

H. lobt die äusserst verlässliche und rasche styptische Wirkung dieses Mittels u. A. auch bei Nasenpolypenoperationen. Die blutende Stelle ist mit einem in Hydrog. hyperoxyd. getauchten Wattetampon zu betupfen. CHIARI

11) **Redact. Notiz. Der Gebrauch von Menthol-Jodol in Nase und Hals. (Menthol-Jodol for use in the nose and throat.)** *N. Y. Medical News. 24. December 1898.*

Um den unangenehmen Geruch des Jodols, das bei der Behandlung catarrhalischer und ulcerativer Processe in Nase und Hals so gute Dienste leistet, zu verdecken, empfiehlt sich ein Zusatz von 1 pCt. Menthol, das zu gleicher Zeit eine erfrischende Empfindung in den damit behandelten Partien hervorruft.

LEFFERTS.

12) **F. Hanszel** (Wien). **Therapeutische Mittheilungen.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 49. 1898.*

H. berichtet aus dem Ambulatorium des Prof. O. Chiari in Wien über die Erfolge des Orthoforms, der Vasogenpräparate, der Airol-, Traumatol- und Xeroformbehandlung, sowie über das Anesin und zwei Gleichenberger Quellen. Als besonders empfehlenswerthes Localanästheticum empfiehlt H. das Orthoform. — Mit Jod- und Mentholvasogen wurden keine besonderen Resultate erzielt; störend ist der Ammoniakgehalt dieser Präparate. Aneson erwies sich als ein viel zu schwach wirkendes Localanaestheticum — die beiden Gleichenberger Quellen haben ihrem hohen CO_2-Gehalte entsprechend günstigen Einfluss bei Catarrhen der oberen Luftwege. — Von Airol, Traumatol und Xeroform zeigte sich, dass diese Mittel wohl alle mehr minder stark secretionsbeschränkend wirken, an Antiseptik jedoch stehen sie weit hinter dem Jodoform, haben aber den grossen Vortheil der Geruchlosigkeit.

CHIARI.

13) **W. Morton. Kataphorese in der zahnärztlichen Praxis. (Katafores w primenenii k subowatschewaniju.)** *Chirurgie. November 1897.*

Besprechung der analgesirenden Wirkung der Einführung von Cocain- und Guajacol-Cocainlösung in den Körper mittelst des elektrischen Stomes. Hat mehr zahnärztliches Interesse.

P. HELLAT.

14) **W. Lamann. Briefe über die Grundzüge der klinischen Elektrolyse und Katalyse. (Pisma ob osnowonatschalach klinitscheskawo elektrolisa i katalisa.)** Petersburg. 1897.

Die vorliegende Schrift enthält 13 Briefe auf 95 Seiten. Der Autor giebt in denselben eine gedrängte, aber klare Uebersicht über den gegenwärtigen Stand unseres Wissens in Bezug auf die Elektricität überhaupt und deren Wirkung auf den Organismus im Speciellen. Wie aus der Ueberschrift ersichtlich, geht das Bestreben des Verfassers dahin, dem Leser die Vorgänge bei der Elektrolyse resp. der Katalyse klar zu legen und den Unterschied zwischen denselben hervorzuheben. Dieses ist dem Autor auch durchaus gelungen. Ueberhaupt zeichnet sich die Arbeit durch Klarheit des Gedankenganges, Präcision der Ausdrucksweise und Uebersichtlichkeit der Auseinandersetzung aus. Auf jeder Seite kann man sich vergewissern, dass Lamann auf dem, im ganzen schwierigen Gebiete, das er hier behandelt, zu Hause ist.

Der Referent ist den theoretischen Erörterungen L.'s mit vielem Interesse gefolgt und glaubt, dass die Arbeit durchaus zeitgemäss ist, indem sie ein für alle

mal die Grenzen zwischen Elektrolyse und Katalyse festlegt und sie auf physikalische, chemische und physiologische Gesetze zurückführt. Ferner möchte Referent die Einführung einer Nebenbatterie als einen Fortschritt auf dem Gebiete der Elektrotherapie bezeichnen. — Wenn man den theoretischen Eröterungen des Autors mit Aufmerksamkeit folgt, so kann man nicht anstehen, der Katalyse in der Medicin, namentlich auch in der Rhino-Laryngologie einen grösseren Raum zu gewähren; leider kann man diese Ueberzeugung aus den practischen Beispielen, die der Autor zur Illustration seiner Theorie heranzieht, nicht in gleicher Weise schöpfen. Denn erstens ist die Anzahl derselben zu gering (nur 4), ferner dürfte aus diesen vier Fällen nur einem einzigen eine gewisse Beweiskraft zugesprochen werden, ich sage vielleicht, weil auch in diesem Falle eine spontane Rückbildung nicht ausgeschlossen werden kann. Es handelte sich in demselben um ein subglottisches Infiltrat, entstanden infolge einer Perichondritis des Ringknorpels aus unbekannter Ursache. Die Behandlung setzte ein 4 Monate nach dem Auftreten der Perichondritis und dauerte ein ganzes Jahr! Die drei übrigen Fälle (ein syphil. Infiltrat des Larynx und zwei Sarcome) sind jeder Beweiskraft bar. Beim syphil. Infiltrat wurde gleichzeitig Kal. jod. gereicht und die zwei Sarcomfälle führten nach einer zeitweiligen Besserung und Abstossung grösserer oder kleinerer Theile zum gewöhnlichen Ausgange. Abstossung gewisser Theile kann bei Sarcomen wie auch bei Carcinomen auf die verschiedenste Weise erreicht werden. Es ist kaum erforderlich auf die so zahlreichen Heilmethoden hinzuweisen, die im Laufe der Jahrhunderte gegen diese Geschwülste zur Anwendung gekommen sind. Der leider zu kurze Ruhm, den die eine oder die andere derselben erlangte, basirte gewöhnlich auf denselben Erscheinungen, die L. anführt. Vor einigen Jahren machte Referent mit Pyoktanin viele Versuche. Das Mittel war gut; es rief Resorption und Abfall gewisser Geschwulsttheile hervor. Aber leider starben die Patienten früher, bevor die Geschwulst ausgeheilt war. Wenn man einer neuen oder gar einer ad acta gelegten Behandlungsmethode das Bürgerrecht erkämpfen will, so leisten zweifelhafte Belege, welche für die Wirksamkeit derselben angeführt werden, ihr schlechte Dienste.

Im Interesse der Sache wollen wir hoffen, dass Lamann in weiteren Mittheilungen in der Auswahl der Fälle glücklicher sein wird.

P. HELLAT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **Rein. Ueberblick über die Krankheiten der Nase, des Rachens und des Nasenrachenraumes. (Obsor-bolesneinosa, glotki i gorla.)** *Chirurgie. April 1897.*

Nichts Neues.

P. HELLAT.

16) **Henri Mendel. Verstopfung der Nase. (De l'obstruction nasale.)** *Medecine moderne. 30. März 1898.*

In der vorliegenden Vorlesung, die M. im Hôpital de la Pitié hielt, resumirt er die interessanten Untersuchungen, die er in seinem kürzlich erschienenen

Buch: Die Physiologie und Pathologie der Nasenathmung (Paris 1897) mitgetheilt hat.

Die Hauptfunction der Nase ist die Athmung; der Geruch ist nur ein secundäres Attribut derselben. Mit einem von ihm erfundenen Apparat, dem Rhinometer, konnte M. feststellen, dass das Volumen der durch die Nase inspirirten Luft zu der durch den Mund eindringenden sich verhält, wie 1,25 : 1.

Die Störungen, welche die Insufficienz der Nase im Gefolge hat, sind zumeist bedingt durch die zu geringe Menge der in die Lungen gelangenden Luft und die dadurch verursachte Sauerstoffarmuth des Blutes.

Die Nasenkrankheiten, welche zu Insufficienz Anlass geben, sind:

1. Die congenitalen oder erworbenen Missbildungen des Skeletts.

2. Die acuten oder chronischen Entzündungen der Riechschleimhaut oder der Nebenhöhlen.

3. Die Neubildungen.

In symptomatischer Hinsicht entstehen aus der nasalen Insufficienz folgende Erscheinungen.

a) Die mangelhafte Blutzusammensetzung. Dies ist das wichtigste Symptom; es steht in seiner Intensität in directem Verhältniss zum Grade der Nasenverengerung und lässt sich weder durch die Mundathmung, noch durch die Steigerung der Athemfrequenz verbessern.

b) Störungen infolge der mangelhaften Lüftung des Nasenrachens (Störungen des Gehörorgans durch Druckveränderungen in der Paukenhöhle).

c) Störungen infolge der unzureichenden Menge der inspirirten Luft. Dies sind die Störungen der Stimme. Die Lunge enthält nicht genügend Luft, um mit genügender Kraft das Stimmorgan „anzublasen“.

d) Störungen infolge des Einathmens einer kalten, trockenen und unreinen Luft (Angina, Tracheitis, Bronchitis).

e) Störungen infolge der Nichtbenutzung der Nasenwege. Hier sind die Gesichtsveränderungen zu erwähnen, die man am ausgesprochensten bei Adenoiden findet; ferner die Missbildungen der Wirbelsäule, Sehstörungen etc. und Anosmie.

Die Diagnose ist leicht bei totaler Verstopfung der Nase; sie kann dem Patienten und auch dem Arzte entgehen, wenn sie nur partiell ist. Für diese Fälle benutzt M. seinen Rhinometer, der die Grösse der Nasenathmung und die der Mundathmung aufzeichnet; das Verhältniss der beiden Zahlen stellt die „nasale Capacität“ des Untersuchten dar.

Nachdem eine nasale Insufficienz constatirt ist, muss ihre Ursache ergründet werden. Der rhinoskopischen Untersuchung fällt die Lösung dieses Theiles der Aufgabe zu.

Die Behandluug schliesslich hat die Aufgabe, mit allen geeigneten Mitteln die Durchgängigkeit der Nase wieder herzustellen.

(Es schien mir nicht unzweckmässig, dieser Arbeit ein etwas längeres Referat zu widmen, weil dieselbe durch originelle Gedanken das hervorragend praktische Thema wieder aufgefrischt hat. Ref.) PAUL RAUGÉ.

17) **J. Guttman. Verstopfung der Nase und ihr Einfluss auf den menschlichen Organismus. (Obstruction of the nose and its influence upon the human organism.)** *N. Y. Medical Journal. 15. October 1898.*

Der Artikel enthält absolut nichts Neues. LEFFERTS

18) **Wm. Scheppegrell. Bronchitis mit besonderer Berücksichtigung der gestörten Nasenathmung als ursächlichen Factors. (Bronchitis with special reference to abnormal nasal respiration as an aetiological factor.)** *N. Y. Med. Journal. 3. December 1898.*

Verf. beschäftigt sich mit der Beziehung der Nasenathmung zu der Bronchitis. Er sieht in der Störung der ersteren eine der wichtigsten und häufigsten Ursachen der letzteren und verlangt die Beachtung dieses Punktes bei der Behandlung der tieferen Luftwege. Dass auch zahlreiche andere Factoren (Inhalation reizender Dämpfe, Blutkrankheiten, specifische Fieber etc.) Bronchitis verursachen können, verkennt er nicht. LEFFERTS.

19) **Buys. Intermittirende Nasenverstopfungen. (Obstructions nasales intermittentes.)** *Journ. méd. de Brux. No. 13 u. 14. 1898.*

Mittheilung im Cercle Méd. von Brüssel, welche in einer späteren Nummer des Journals wiedergegeben werden soll. BAYER.

20) **James R. Wallace** (Dublin). **Schwere traumatische Entstellung der Nase mit Verstopfung derselben durch Verbiegung des Septums, geheilt durch forcirte Reposition und eine plastische Operation. (Severe traumatic nasal disfigurement with obstructive deflection of the septum cured by forcible reposition and a plastic operation.)** *Dublin Med. Journal. November 1898.*

Der Patient hatte sich beim Sturz vom Pferde den Nasenrücken und das Septum zerbrochen; die Nasenlöcher, besonders das rechte, waren fast ganz geschlossen und die Athmung aufs Aeusserste behindert. Zehn Tage nach dem Unfall wurde der Nasenrücken mittelst einer Zange aufgerichtet und die vordere Nase tamponirt. Drei Monate später sah W. den Patienten; er constatirte eine starke Verbiegung des Septums nach rechts mit fast völligem Verschluss der rechten Nasenseite. Unter Chloroformnarkose wurde nach Tamponade der hinteren Nase das Septum mit Gewalt gebrochen und gerade gerichtet. Dann wurde ein Stück vom Boden der linken Nasenseite abgetragen, das Septum durch einen tiefen Schnitt vom Boden gelöst und vorn durch eine tiefgreifende Silberdrahtnaht, die durch die Gewebe über der Intermaxillarverbindung und aussen durch die Oberlippe ging, in der Mittellinie befestigt. Zwei weitere Drahtnähte wurden an den beiden Seiten des Septums durch den Nasenboden gelegt und dann tamponirt. Das Resultat war ein vortreffliches. A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

21) **Baumgarten. Knöcherner Verschluss der Choane.** *Mon. f. Ohr. No. 9. 1898.*

Der Fall betrifft einen 18jährigen Juristen, dessen linke Choane knöchern verschlossen war und mit Bohrer und Hohlmeissel durchgängig gemacht wurde.

SCHECH.

22) **W. Freudenthal. Die Beseitigung der Mundathmung. (The control of mouth breathing.)** *N. Y. Med. Record. 10. November 1898.*

F. bespricht einen Artikel im Medical Record vom 24. September 1898 mit der Ueberschrift: „Ein Contrarespirator zur Beseitigung der Mundathmung“ und warnt gegen jedes derartige Mittel. Ist die Nase verstopft, so soll man das Hinderniss forträumen; dann wird der Patient sehr bald durch die Nase athmen auch ohne jeden Apparat oder ähnliche mechanische Hülfsmittel. LEFFERTS.

23) **Helsmoortel. Vorzeigen zweier Rhinolithen. (H. présente deux rhinoliths.)** *Annal. de la Société Méd.-Chir. d'Anvers. Février 1898.*

H. zeigt 2 Rhinoliten vor, welche einem Mann von 50 Jahren entfernt worden waren. Dieselben hatten keinerlei Störungen hervorgebracht und enthielten in ihrem Centrum je einen Kirschkern. BAYER.

24) **F. Rueda** (Madrid). **Rhinolithiasis. (Rinolitiasis.)** *Revist. de Medic. y Cirug. pract. No. 26. Februar 1899.*

Beobachtung eines 12 Gramm schweren Nasensteins bei einer 60jährigen Frau, welche ihn angeblich seit 40 Jahren besass. Der Rhinolith hatte die untere Muschel zerstört und den knöchernen Gaumen freigelegt. R. BOTEY.

25) **Max Carrière. Lebender Fremdkörper zu einem grossen Abscess der Nasenscheidewand führend. (Corps étranger vivant ayant déterminé un gros abscès de la cloison du nez.)** *Gaz. hebd. de méd. Paris. 24. November 1898.*

15jähriges Mädchen, das sehr häufig an Schnupfen gelitten hat, sucht C. auf wegen einer Verstopfung der Nase, die sich ohne ersichtliche Ursache und ohne grosse Schmerzen herausgebildet hat. C. constatirt einen doppelseitigen Abscess des Septums, eröffnet denselben mit dem Messer und findet in dem entleerten Eiter eine Insectenlarve, deren Natur er nicht identificiren konnte. Er sieht in dem Fremdkörper die Ursache des Abscesses; die Larve hat durch ihre Entwicklung die eitrige Entzündung verschuldet. A. CARTAZ.

26) **W. P. Meyes. Ein Insect in der Nase. (A centipede in the nose.)** *N. Y. Med. Journal. 3. December 1898.*

Die Patientin litt an rechtsseitigem supraorbitalem Kopfschmerz mit geringer mucopurulenter Secretion aus dem rechten Nasenloch. Sie führte diese Störungen auf eine „Erkältung“ zurück, die sie sich im Frühling dieses Jahres zugezogen hatte. Die Schleimhaut war hyperaemisch, die untere Muschel der rechten Seite hypertrophisch. M. verordnete ein Schnupfpulver von Menthol und Borsäure. Bei einem heftigen Niesen kam ein lebendes Insect zu Tage, das sich als Centipede erwies. Die Secretion und der Kopfschmerz hörten alsbald auf. LEFFERTS.

27) **Bousquet** (Clermont-Ferrand). **Ein neues pneumatisches Verfahren zur Extraction von Fremdkörpern aus der Nasenhöhle. (Un nouveau procédé pneumatique d'extraction des corps étrangers des fosses nasales.)** *Bulletin méd. 14. September 1898.*

Das Kind eines Arztes hatte sich eine Bohne tief in die Nasenhöhle einge-

führt. Der Vater legte seinen Mund auf die Nasenöffnung des Kindes und machte eine Reihe starker Aspirationen, die den Fremdkörper zu Tage förderten.

Die originelle Methode bedarf keines Commentars; wer den Muth hat, versuche sie.

PAUL RAUGÉ.

28) **Ino D. O. Connell. Die Extraction von Fremdkörpern aus der Nase. (The extraction of foreign bodies from the nose.)** *N. Y. Med. Journal. 31. December 1898.*

Verf. empfiehlt die Injection von Wasser von der freien Seite der Nase aus.

LEFFERTS.

29) **Felizet** (Paris). **Fremdkörper der Nasenhöhle beim Kinde. (Des corps étrangers des fosses nasales chez l'enfant.)** *Société de Chirurgie. 16. November 1898.*

Die Extraction kann mit Hülfe einer Zange oder Pincette vorgenommen werden. Bisweilen bedient sich Verf. einer Methode, die der gebräuchlichen Tamponade der Nase entspricht. Dieselbe besteht in der Einschiebung eines Tampons von hinten nach vorn, wobei der Fremdkörper vorgeschoben wird. Dieses Verfahren ist aber schmerzhaft. Gewöhnlich zieht F. deshalb das mildere Mittel einer reichlichen Injection von lauwarmem Wasser in das freie Nasenloch vor; der durch die andere Nasenseite zurückfliessende Strom spült den Fremdkörper heraus.

PAUL RAUGÉ.

30) **G. Felizet. Behandlung der Fremdkörper der Nasenhöhle bei Kindern. (Traitement des corps étrangers des fosses nasales chez les enfants.)** *Gaz. d. Hôpitaux. 29. November 1898. N. Y. Med. Journal. 17. Dec. 1898.*

F. berichtet über 31 Fälle von Fremdkörpern in der Nase bei Kindern. Die Fremdkörper waren verschiedener Art, Knöpfe, Erbsen, Kirschkerne, Bohnen u. s. w. Mehrere Male gelang F. die Extraction fest eingekeilter Fremdkörper auf die Weise, dass er eine feine Sonde durch die Nase in den Rachen führte, einen Wattebausch daran befestigte und sie durch die Nase zurückzog, wobei der Fremdkörper mit herausgeschoben wurde. Seit einiger Zeit bedient er sich eines einfacheren Mittels, der Nasendouche, die unter einigem Druck von der freien Nasenseite aus eingeleitet wird. Complicationen von Seiten der Ohren hat F. bei derselben nie beobachtet.

A. CARTAZ.

31) **J. Molinié** (Marseille). **Die Fremdkörper der Nase bei Kindern. (Les corps étrangers du nez chez les enfants.)** *Médecine moderne. 16. November 1898.*

Die Frage der Fremdkörper in der Nase bei Kindern verdient eine besondere Bearbeitung, einmal wegen der Häufigkeit der Fremdkörper gerade im jugendlichen Lebensalter und zweitens wegen der besonderen anatomischen Verhältnisse der kindlichen Nasenhöhle.

Die Nase des Kindes unterscheidet sich von der des Erwachsenen nicht nur durch ihre geringere Geräumigkeit, sondern auch durch die Ungleichmässigkeit ihrer Proportionen, die sich mit dem Aelterwerden abschwächt, bis zum 5. Lebensjahre aber sehr ausgesprochen bleibt.

Legt man frontale Schnitte durch die Nasenhöhle, so constatirt man eine ausserordentliche Enge der Höhle sowohl im transversalen, wie im verticalen Durchmesser. Die freie Fläche der unteren Muschel ist nur 2—$2^1/_2$ mm von der Nasenscheidewandebene entfernt und ihr unterer Rand berührt fast den Nasenboden, so dass der Meatus inferior mit der eigentlichen Nasenhöhle nur durch einen schmalen Spalt, der von vorn nach hinten verläuft, communicirt.

Die Choanen und die Nasenrachenhöhle zeigen dasselbe Aussehen, sie sind rund statt ovalär und der Nasenrachen gleicht im Ganzen einem Canal, der von vorn nach hinten sich verlängert und der um so enger erscheint, je mehr nach hinten man ihn untersucht.

Diese besondere Gestaltung der kindlichen Nase hat natürlich auf die Art der Einführung von Fremdkörpern und auf das Verfahren bei der Extraction derselben grossen Einfluss.

Im Alter von 2—5 Jahren werden die Fremdkörper der Nase am häufigsten beobachtet. Meistens findet man sie am Eingang des mittleren Nasenganges oder zwischen mittlerer Muschel und Septum eingeklemmt. Selten nur findet man sie tiefer, in der Gegend der Choanen oder im Nasopharynx. In diesem Falle sind sie meist erst durch ungeschickte Extractionsversuche dorthin gelangt.

Folgen der nasalen Fremdkörper sind Athembehinderung, Asthma, foetide Secretion, Excoriationen und Ulcerationen, narbige Verengerungen, Septumdeviationen, Coryza caseosa und Rhinolithenbildung. Diese Folgestörungen machen die möglichst schnelle Entfernung der Fremdkörper zur Pflicht.

Bisweilen kommt man zum Ziel, wenn man den Kranken kräftig sich schnauben lässt oder Niesen hervorruft. In ähnlicher Weise sind Einblasungen von Luft mittelst einer Tube (Dodd) oder mittelst des Politzer's empfohlen worden. Die Nasendouche verwirft M. wegen ihrer Gefahren für das Mittelohr. Schlagen diese unschuldigen Mittel fehl, so muss man zur directen Extraction greifen. Um ein Weitervorstossen und Einklemmen des Fremdkörpers zu vermeiden, darf jeder Versuch dieser Art nur mit dem Speculum und bei guter Beleuchtung vorgenommen werden.

Am häufigsten bedient man sich einer Zange oder einer hinter den Fremdkörper geführten Sonde. Niemals darf man versuchen, den Fremdkörper in den Rachen zu stossen, um ihn dann vom Munde aus zu entfernen; man würde ihn nur zur Einklemmung in der engsten Partie, die hinten gelegen ist, bringen.

Kommt man nicht anders zum Ziel, so empfiehlt M. ein fadenförmiges Bougie durch die Nase zu führen, dieses im Rachen mit der Zange zu fassen und einen Schwamm oder Gazebausch mittelst eines Seidenfadens daran zu befestigen; indem man das Bougie mit dem Schwamm zurückzieht, fegt man die Nase rein und bringt den Fremdkörper mit heraus.

Steckt der Fremdkörper in der Choane, so ist er mit einer Hartgummisonde in den Nasenrachen zu stossen und dort mit dem Finger oder der Zange zu fassen, während das Kind auf dem Rücken liegt mit hängendem Kopfe.

Wegen der Ungeberdigkeit der Kinder empfiehlt M. die allgemeine Narkose.

PAUL RAUGÉ.



32) **G. G. Davis. Bruch der Nase. (Fracture of nose.)** *N. Y. Med. Record. 10. December 1898.*

Wenn der Nasenrücken eingesunken ist, versuche man die Aufrichtung nach der Methode von Sir Astley Cooper. Eine Nadel wird von einer Seite zur anderen durch die Nase gestochen, auf beide vorstehenden Enden derselben wird ein Stück Kork gesetzt und diese beiden Stücken werden dann soweit zusammengedrängt, bis der Nasenrücken ausreichend hoch ist. Die Deformität des Knochens hat in sich nicht die Tendenz zu verschwinden; ist es wünschenswerth, sie zu verbessern, so soll dies auch gleich geschehen. LEFFERTS.

33) **Garel. Seltene Nasenbrüche mit Necrose und Ausstossung der unteren Muschel. (Fractures rares du nez. Necrose et élimination du cornet inferieur.)** *Annales des malad. de l'oreille. No. 10. October 1897.*

Es handelt sich um eine Fractur mit Necrose der unteren Nasenmuschel ohne primäre äussere Deformirung der Nase. E. J. MOURE.

34) **Löhnberg. Ueber einen Apparat zur Vibrationsmassage des Trommelfelles und der Nasenschleimhaut für den Selbstgebrauch der Patienten.** *Mon. f. Ohr. No. 8. 1898.*

Der Apparat kann an eine Nähmaschine angehängt und durch dieselbe getrieben werden; zu kaufen bei Mechaniker Löwe, Zittau. SCHECH.

35) **Spiess. Anwendung der Röntgen-Strahlen in der Rhino-Chirurgie. (Application des rayons Roentgen à la rhino-chirurgie.)** *Rev. internat. de rhinol., otol. etc. No. 5. November 1898.*

Sp. bediente sich der Röntgenstrahlen, um eine breite Communication zwischen der Nasenhöhle und dem Sinus auf endonasalem Wege herzustellen. Von drei Versuchen glückten zwei. E. J. MOURE.

36) **Monscourt. Die Galvanokaustik und die nasalen Synechien. (La galvanocaustie et les synéchies nasales.)** *Annal. des malad. de l'oreille. No. 5. Mai 1898.*

Verf. tritt gegen den Missbrauch der Cauterisation in der Nase auf. Er erwähnt einen Kranken, dem in 35 Sitzungen die Nase cauterisirt wurde. Die Aetzungen können, wenn sie ohne die genügende Vorsicht gemacht werden, nasale Synechien mit allen ihren Folgen, Nasenstenose etc., hervorrufen.

E. J. MOURE.

37) **C. C. Rice. Bei welchen Zuständen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs soll man den Galvanokauter anwenden und bei welchen nicht? (In what conditions of the nose, pharynx and larynx the galvano-cautery should and should not be employed.)** *N. Y. Med. Journal. 20. August 1898.*

Der Galvanocauter soll stets mit möglichst geringer Hitze angewendet und stets sorgfältig localisirt werden. Weiche Schwellungen in der Nase sollen durch Punctur verkleinert werden und nicht durch Brennen grosser Flächen der Schleim-

haut. Am knöchernen und knorpligen Septum darf man nur sehr umschriebene Brandwunden anlegen. Vergrösserungen des vorderen Endes der mittleren Muschel, sowie der hinteren Muschelenden sollen gar nicht mit dem Galvanocauter behandelt werden.

J. W. SWIFT (LEFFERTS).

38) **Depierris. Das Nasenbad. (Le bain nasal.)** *Soc. méd. chir. de Paris. 14. November 1898.*

D. beschreibt die Methodik des Nasopharyngealbades mittelst des Fraenkelschen oder des Urbantschitsch'schen Apparates. Verf. hat sich selbst einen Apparat construirt, eine Art von Pipette aus Glas oder Hartgummi, dessen Gebrauch ihm noch einfacher und praktischer zu sein scheint.

A. CARTAZ.

39) **Paul Raugé** (Challes). **Ueber die Nasenspülung. (Sur l'irrigation nasale.)** *Bulletin Médical. 3. April 1898.*

R. antwortet auf die Anklagen, die gegen die Irrigation der Nase erhoben worden sind. Es sind hauptsächlich drei Punkte:

1. Die Störung des Geruchs. Dieselbe ist meist nicht der Therapie, sondern der Krankheit selbst zuzuschreiben, speciell der Ozaena, die eine der am häufigsten mittelst der Spülungen behandelten Affectionen ist.

2. Der Kopfschmerz. Derselbe ist unbestreitbar recht häufig. Aber er ist meist sehr erträglich und lässt sich auch in Grenzen halten, wenn man nur die Temperatur, den Druck und die Zusammensetzung der Spülflüssigkeit sorgfältig überwacht.

3. Die Ohrenentzündungen. Dieselben sind sehr viel seltener, als man angiebt. Verf. selbst hat sie trotz sehr zahlreich vorgenommener Spülungen in seiner Praxis nie erlebt.

Um der Irrigation ihre Gefahren zu nehmen, halte man folgende Regeln fest:

1. Ehe man Nasenspülungen verordnet, ist stets die ganze Nase gründlich zu untersuchen. Man hat sich ihrer Durchgängigkeit zu versichern, indem man Flüssigkeit durch die engste Stelle fliessen lässt.

2. Die erste Irrigation soll der Arzt selbst leiten.

3. Schriftlich sind dem Pat. Verordnungen zu übergeben bezüglich folgender 5 Punkte:

a) Druck,
b) Temperatur,
c) Stromrichtung,
d) Instrument (Weber'scher Siphon, Esmarch's Apparat, englische Spritze),
e) Spülflüssigkeit (zu vermeiden ist Natriumchlorür, zu bevorzugen Natriumcarbonat, welches das indifferenteste der in Frage kommenden Mittel ist).

Was die postoperativen Irrigationen anlangt, so ist Verf. der Meinung, dass in der Nase ebenso wie an jeder anderen Stelle nach einem chirurgischen Eingriff von einiger Bedeutung eine Spülung des Operationsfeldes angebracht ist.

Autoreferat.

40) **A. Jacobson. Nasenrachendouchen und Nasenspülungen. (Nosoglototschni dusch i nosowija wliwanija.)** *Wojenno-Med. Journal. März 1898.*

J. findet, dass die Gefahren des Eindringens von Flüssigkeiten in das Mittelohr resp. in die Nebenhöhlen bei Nasendouchen vielfach überschätzt werden. Er selbst hat im Verlaufe einer zwanzigjährigen Praxis nur einmal leichte Mittelohraffection erlebt, trotzdem er die Douchen sehr reichlich empfiehlt. Voraussetzung dabei ist, dass die Douchen mit nach vorne geneigtem Kopfe ausgeführt werden. Diese seine Anschauung versuchte der Verfasser experimentell zu stützen. Die Versuche wurden folgendermassen ausgeführt: Der Kopf wird in der Höhe des II. Halswirbels vom Rumpfe getrennt, das Ostium pharyngo-orale vernäht, ein Wassermanometer in den äusseren Gehörgang geführt und nun Eingiessungen in verschiedener Lage unter einem bestimmten Druck vorgenommen. Es ergiebt sich:

1. Wenn man den Kopf nach vorne hält, ist keine Druckerhöhung am Manometer zu constatiren.
2. Bei nach hinten gehaltenem Kopfe ist eine Erhöhung bis 7 cm zu bemerken.
3. Wasser kann in die Trommelhöhle bei 3 cm Manometerhöhe gelangen.
4. Bei Verschluss beider Nasengänge erhöht sich der Druck bis 71 cm.
5. In die Highmorshöhle gelangt das Wasser bei 3 cm,
6. in die Stirnhöhle bei 10 cm.

P. HELLAT.

41) **F. de Sojo** (Madrid). **Rhinologische Optotechnik. Einige Modificationen zum Zwecke grösserer Vervollkommnung. (Optotecnia rinologica. Algunas modificaciones para su mayor perfeccionamiento.)** *La Oto-Rino-Laring. Espan. No. 11. 1898.*

Erwähnung zweier neuer Instrumente: eines Speculum nasi und eines Gaumenzäpfchenhebers. Der neue Nasenspiegel ähnelt demjenigen Loewenberg's.

R. BOTEY.

c. Mundrachenhöhle.

42) **R. von Zeynek. Ueber den electrischen Geschmack.** *Centralbl. f. Physiol. 10. December 1898.*

Da die Geschmacksempfindung mit der Spannung des durch die Zunge geschickten Stromes sich ändert, muss der electrische Geschmack als electrolytische Stromwirkung gedeutet werden.

Die Frage, an welche Stelle der Zunge die Electrolyse hauptsächlich zu verlegen ist, glaubt Verf. dahin beantworten zu sollen, dass man an die durch den Strom bewirkte Zersetzung der Salze des Speichels zu denken hat.

A. ROSENBERG.

43) **A. Beck. Zur Innervation der Speicheldrüsen.** Aus dem physiol. Institut der Universität Lemberg. — *Centralbl. f. Physiol. 16. Mai 1898.*

Seine Untersuchungen haben dem Verf. ergeben, dass der Sitz der Secretions-

centren für die Speicheldrüsen die Facialiskerne sind; die Centren sind doppelseitig.

Unter dem Einfluss centripetaler Erregung gerathen vor allem nur die rein excretorischen Centren in Thätigkeit, während die der trophischen Centren erst von jener abhängt.

A. ROSENBERG.

44) **Hartmann. Pathogenese der Speichelsteine. (Pathogénie de la lithiase salivaire.)** *Société de chirurgie. 23. Februar 1898.*

Es handelt sich um einen Speichelstein im Wharton'schen Gang, den Loison beobachtete: im Centrum desselben wurden durch bakteriologische Untersuchung Streptokokken nachgewiesen. Dieser Befund legt den Gedanken an den infectiösen Ursprung der Steine nahe.

PAUL RAUGÉ.

45) **Kissel** (Moskau). **Eine neue Behandlungsmethode der Stomatitis ulcerosa.** *Arch. f. Kinderheilk. XXVI. Bd. 1. u. 2. Heft. 1899.*

Die ambulatorische Behandlung der Stomatitis ulcerosa leitet K. in folgender Weise: In gewöhnlichen Fällen Einreibungen oder Aufstreuen von Jodoform auf die Geschwüre und fleissige Spülungen mit 3procent. Borsäurelösung. Wenn nach 2—3 Tagen keine Besserung eintritt, oder es sich um verschleppte Fälle handelt, muss das Jodoformpulver energisch eingerieben werden, nachdem man vorher mit Watte den ganzen fauligen Belag von der Oberfläche der Geschwüre entfernt hat. Wenn auch das keine Besserung bringt, sind die Geschwüre mit dem scharfen Löffel auszukratzen.

SEIFERT.

46) **Mongour. Die sogen. diphtheroide Stomatitis ist keine distincte und specifische Form von Stomatitis. (De la non existence d'une stomatite distincte et spécifique dite stomatite diphthéroide.)** *Presse Medicale. 26. März 1898.*

Sevestre und Gaston haben eine neue Form von pseudomembranöser Stomatitis beschrieben, die ausschliesslich durch den Staphylococcus aureus verursacht ist und für die sie Specificität in Anspruch nahmen.

M. discutirt die Frage der Specificität und kommt zu dem Resultat, dass diese vermeintlich neue Art von Stomatitis mit der alten ulcerös-membranösen Form identisch ist.

PAUL RAUGÉ.

47) **August T. Lartigan. Xerostomie oder Mundtrockenheit; mit einer Krankengeschichte. (Xerostomia or dry mouth; report of a case.)** *N. Y. Med. News. 29. October 1898.*

Die Affection ist selten; L. vermag in der gesammten Literatur noch nicht zwei Dutzend Fälle zusammen zu finden. Das klinische Bild der Krankheit ist ein ziemlich bestimmtes. Das Hauptsymptom ist der Mangel an Speichel, den der Pat. als quälende Trockenheit im Munde empfindet; Trockenheit der Nase und auch der Augen — im letzteren Falle kann der Pat. nicht weinen — können daneben vorkommen. Die Krankheit trifft das mittlere und höhere Alter; unter 40 Jahren kommt sie nur ganz ausnahmsweise vor. Die meisten Fälle betreffen Frauen. Der Krankheitsanfang kann ein plötzlicher sein, ist aber meistens schleichend. Das Allgemeinbefinden der Kranken ist nicht beeinträchtigt. Die

Prognose ist ziemlich ungünstig, da die Therapie über keine zuverlässigen Mittel verfügt. Am meisten Vertrauen verdient Pilocarpin. Sharp berichtete kürzlich über eine Heilung durch Quecksilberjodid und Quassia.

LEFFERTS.

48) **M. W. Ward. Ein Fall von Xerostomie und seine Heilung. (A case of xerostomia and its cure.)** *N. Y. Medical News. 17. December 1898.*

Die Pat. litt seit 10 Monaten an Mundtrockenheit; sie giebt an, dass dieselbe plötzlich eintrat, nach Untersuchung des Mundes zum Zwecke der Anpassung eines künstlichen Gebisses, gegen dessen Tragen sie Widerwillen empfand.

W. behandelte die Pat. erst mit verschiedenen Mitteln ohne merkbaren Nutzen und empfahl ihr dann, mehrere Stunden am Tage glatte kleine Steinchen im Munde zu tragen. Da sie hierdurch eine deutliche Besserung verspürte, wurde ihr das Tragen des künstlichen Gebisses als das beste Mittel zu dauernder Heilung empfohlen. Die Pat. folgte diesem Rath und ist seither von ihren Beschwerden vollständig befreit.

LEFFERTS.

49) **Fr. Schultze** (Bonn). **Ueber Melanoplakie der Mundschleimhaut und die Diagnose auf Morbus Addisonii.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 46. 1898.*

Verf. tritt der Behauptung entgegen, dass das Auftreten von dunklen Flecken auf der Mundhöhlenschleimhaut geradezu typisch und differentialdiagnostisch wichtig für Morb. Addisonii sei. Melanoplakie der Mundschleimhaut sei durchaus nicht so selten und genügt für die Diagnose selbst dann noch nicht, wenn zugleich eine bräunliche Verfärbung der Haut aus unklarer Ursache vorhanden sei.

ZARNIKO.

50) **C. Rasch** (Kopenhagen). **Verrucae mucosae oris.** *Hospitalstidende. 1898.*

Verf. theilt 2 Fälle von multiplen Warzen der Mundschleimhaut mit. In dem ersten Falle war die Mundschleimhaut von einer Verruca auf der Hand inficirt. Die Pat., ein 16jähriges Mädchen, hatte das Blut einer Warze aufgesaugt und danach hatten sich multiple Warzen auf der Mundschleimhaut entwickelt.

In dem anderen Falle, der ein 11jähriges Mädchen betrifft, konnte die directe Uebertragung der Warzen nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden.

SCHMIEGELOW.

51) **Depage. Krebs des Bodens der Mundhöhle. (Cancer du plancher de la bouche.)** *Journal de Bruxelles. No. 50. 1898.*

Demonstration einer Partie des Bodens der Mundhöhle mit einem krebsigen Geschwür von $^1/_2$ cm Durchmesser, welches eine krebsige Infiltration der rechten Halsdrüsen veranlasst hatte.

BAYER.

52) **Fuchs** (Bornig). **Ueber den Zungenbelag und seine Bedeutung nebst Untersuchungen über einige chemische Vorgänge in der Mundhöhle nach der Nahrungsaufnahme.** Dissert. Würzburg 1898.

Die Ursachen für den Zungenbelag sind vorerst und im wesentlichen in anatomischen Verhältnissen zu suchen, d. h. er wird bedingt und bezüglich seiner Intensität beeinflusst durch eine mehr oder weniger unverhältnissmässig grössere Länge der Papillae filiformes und Dicke und Auflagerung der Hornschicht. Diese

beiden Grundfactoren werden unter Umständen durch ein mangelhaftes Fortschaffen oder eventuell auch eine ganz fehlende normale Reinigung der Zungenoberfläche durch eingeführte Speisen und durch die beim Sprechen etc. gemachten Bewegungen noch sehr unterstützt.

SEIFERT.

53) **G. Baudouin** (Paris). **Glossitis exfoliativa. (Glossite exfoliatrice.)** *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. 9. Juni 1898.*

Kind mit einem exfoliativen, leicht schmerzhaften Fleck auf der hinteren Partie der Zunge. Derselbe ist ganz stationär und zeigt keine Tendenz zur Ausbreitung. Auch ist er nicht, wie dies bei der Glossitis exfoliativa marginalis der Fall ist, von einem Epithelwall umgrenzt.

PAUL RAUGÉ.

54) **Bayer. Phlegmonöse Entzündung der Zungenbasis in Folge von Angina tonsill. lingualis bei 2 Gichtikern. (Inflammation phlegmoneuse de la base de la langue suite d'angine tonsillaire linguale chez deux goutteux.)** *Annales de l'Institut Chir. de Bruxelles. No. 10. 1898.*

Mittheilung zweier innerhalb 8 Tage beobachteter Fälle von Zungenmandelangina mit phlegmonöser Infiltration der Zungenbasis bei 2 Gichtikern; in dem einen Fall, wo es zur Resolution kam, trat ein regelrechter Gichtanfall auf, in dem anderen, der mit Abscedirung endete, folgte ein abortiver.

Autoreferat.

55) **J. Katz. Phlegmone glosso-epiglottica.** *Wojenno Med. Journal. Mai 1898.*

Beschreibung von 2 Fällen, der eine Fall kam zur Tracheotomie.

P. HELLAT.

56) **Georges Petit. Ueber Psoriasis linguae. (Considérations sur le psoriasis lingual.)** *Indépendance médicale. 21. September 1898.*

Verf. bespricht die ätiologischen Bedingungen, unter denen die Krankheit sich entwickelt. Alle Fälle, die er beobachtet hat, betrafen Gichtiker. Die buccale Leukoplakie geht bisweilen mit dyspeptischen Symptomen einher; von 10 Fällen, die er behandelte, litten 7 an Magenerweiterung. Die Urinuntersuchung zeigte stets eine starke Concentration und deutliche Hyperacidität, bisweilen eine vorübergehende und leichte Glycosurie.

Für die Behandlung ergiebt sich hieraus die Indication einer systematischen Allgemeinbehandlung, auf die Verf. um so mehr Werth legt, als er glaubt, dass die Gefahr einer krebsigen Degeneration beständig vorliegt.

PAUL RAUGÉ.

57) **Jas. P. Tuttle. Ein Fall von primärer Leptothrixmycose der Zunge. (A case of primary infection of the tongue by mycosis leptothricia.)** *N. Y. Med. Record. 21. October 1898.*

An der Zungenbasis finden sich Leptothrixansammlungen häufiger; in Tuttle's Fall aber ist der Zungenkörper erkrankt. Der Patient ist ein junger Mann, der zahlreiche Knötchen und Ulcerationen an der Zunge hatte und sehr herunterkam. Die Diagnose wurde von anderer Seite erst auf Syphilis gestellt. T. dachte zuerst an Actinomykose, fand aber bei der mikroskopischen Unter-

suchung nur entzündlich-hypertrophische Gewebsveränderungen durchsetzt mit zahlreichen langen und dicken Leptothrixfäden. Nach Excision eines Knötchens war die Heilung sehr langsam. Incision und Aetzung mit Salpetersäure brachte wenig Nutzen. Weit mehr erzielte Verf. durch Incision und Aetzung mit Höllenstein. Die Knötchen waren zur Zeit sehr schmerzhaft. Jetzt sind sie bis auf einen an der Zungenspitze beseitigt. Der ganze übrige Mund ist frei. LEFFERTS.

58) **Redact. Notiz. Fissur der Zunge. (Fissure of the tongue.)** *N. Y. Med. Record. 8. December 1898.*

Rp. Acid. carb. . . . 1,5 Theile
Tct. Jodi . . . . 5,0 „
Glycerin . . . . 16,0 „

M.D.S. Mit einem Kameelhaarpinsel local zu appliciren. LEFFERTS.

59) **Pini. Unterscheidung zwischen tuberculärer Syphilis der Zunge und syphilitischer Glossitis. (The diagnosis between tubercular syphilis of the tongue and syphilitic glossitis.)** *N. Y. Med. Record. 21. October 1898.*

Verf. berichtet über seine histologischen Untersuchungen und zählt eine Reihe von Unterschieden anatomischer Art zwischen den beiden Formen der Syphilis der Zunge auf. LEFFERTS.

60) **P. Berger** (Paris). **Tuberculöse Geschwüre der Zunge. (Ulcerations tuberculeuses de la langue.)** Aus der chirurgischen Klinik des Hôpital de la Pitié. *Médecine Moderne. 27. Juli 1898.*

Im Anschluss an die Krankengeschichte eines Falles von Zungentuberculose bespricht B. die Differentialdiagnose der krebsigen, syphilitischen und tuberculösen Zungengeschwüre. Die Diagnose ist oft nicht leicht; sie hat folgende Punkte zu beachten:

a) Die Zahl der Geschwüre: vereinzelt bei Epitheliom, multipel bei Tuberculose und Syphilis.

b) Induration: wenig ausgesprochen und oberflächlich Tuberculose, tiefer greifend bei gummösen Processen und noch mehr bei Carcinom, bei dem ein richtiger Tumor sich bildet.

c) Tiefe der Geschwüre: sehr gering bei Tuberculose; bei Krebs ist das Geschwür tiefer, wie mit dem Locheisen herausgeschlagen; noch mehr bei erweichtem Gummiknoten.

d) Gestalt: bei Tuberculose unregelmässig, polycyclisch, „geographisch" (Reclus); der Grund ist leicht warzig, graulich.

Der Substanzverlust bei Epitheliom ist tief, buchtig; es ist ein Loch da, an dessen Grunde man Granulationen sieht, die mit einem grauen, rahmigen Eiter bedeckt sind.

Das ulcerirte Gumma ist ein scharf ausgehöhlter Tumor, nicht schmerzhaft, mit gelbem Grunde.

e) Die „gelben Pünktchen" Trèlat's. Es sind dies Tapioca- oder Sago-ähnliche kleine weissgelbe Hervorragungen rings um die Ulceration. Diese

sind für Tuberculose der Zunge charakteristisch. Sie ulceriren später selbst und confluiren mit dem Hauptgeschwür.

f) Geschlecht. Zungenkrebs ist bei der Frau selten; B. sah nur 4 Fälle in seiner Praxis.

g) Anamnese.

h) Behandlungsresultate. Die specifische Behandlung dient als Prüfstein.

i) Histologische Untersuchung.

k) Cultur- und Impfversuche.

Am Schluss bespricht B. die Prognose und die Therapie. PAUL RAUGÉ.

61) **Duplay. Diagnose der Zungengeschwüre. (Diagnostic des ulcerations de la langue.)** *Bulletin méd. 27. November 1898.*

Klinische Vorlesung anknüpfend an einen Fall von ulcerirtem Epitheliom der Zunge. D. bespricht die Differential-Diagnose des einfachen oder dentalen, des syphilitischen, tuberculösen und krebsigen Zungengeschwürs. A. CARTAZ.

62) **G. Marion. Sarcom der Zunge. (Sarcome de la langue.)** *Revue de Chir. März-August 1897.*

Eine seltene Erkrankung, die erst seit den Mittheilungen von Jacobi und Hüter im Jahre 1869 bekannt ist.

Das Leiden kommt besonders im jugendlichen Alter und zwar bei beiden Geschlechtern gleichmässig vor. Die Geschwulst, die gestielt oder interstitiell ist, kann alle Stellen der Zunge afficiren. Ihre Consistenz ist wechselnd, bisweilen weich, so dass selbst Fluctuation vorgetäuscht werden kann. Die Schleimhaut ist gewöhnlich nach einer gewissen Zeit ulcerirt. Die Entwicklung der Erkrankung ist eine rapide und ihr Ausgang, wenn nicht chirurgisch eingegriffen wird, stets ein letaler.

Das Rundzellensarcom geht noch rapider vorwärts, als das fasciculäre.

Die Prognose nach der Operation ist im allgemeinen günstig.

PAUL RAUGÉ.

63) **Zarniko** (Hamburg). **Sarcom der Zunge.** *Deutsche med. Wochenschr. 1898. Vereinsbeil. No. 37.*

45jährige, sonst gesunde Frau, empfand September 1897 ein stechendes Gefühl beim Schlucken. Jodkali-Pinselungen von Seiten des Hausarztes ohne Erfolg. Februar 1898 fand Vortragender starke Wucherung der Zungentonsille ohne Ulceration, angulare Lymphdrüsen ein wenig infiltrirt. Abtragung der Wucherung mit dem Mackenzie'schen Tonsillotom. Statt glatter Heilung nach 4 Wochen Ulcus. Verdacht auf Neoplasma malignum. Mikroskopische Untersuchung jetzt abgetragener Stücke ergiebt die Diagnose: Lymphosarcom. Zur Zeit der Demonstration war der Process auf die rechte Tonsille und ihre Umgebung fortgeschritten, weshalb operative Maassnahmen als nutzlos ausser Betracht kamen.

Autoreferat.



64) **Habart. Epitheliom der Zunge.** Wissenschaftl. Verein der k. u. k. Militärärzte der Garnison Wien. 5. März 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 28. 1898.*

Mikroskopisches Präparat eines Epithel. linguae auf luetischer Basis bei einem Tabiker; der Tumor wurde durch Keilexcision unter Schleich'scher Anästhesie exstirpirt. — H. berichtet über einen Zwischenfall von Epitheliom der Zunge auf luetischer Basis bei einem Tabiker, in dessen Verlauf infolge Metastasen am Halse sich plötzlich ein Erstickungsanfall eingestellt hatte, der nach vollführter Tracheotomie sistirte.

CHIARI.

65) **H. Küttner. Ueber die Lymphgefässe und Lymphdrüsen der Zunge mit Beziehung auf die Verbreitung des Zungencarcinoms.** Aus der Tübinger chirurg. Klinik. — *Beitr. z. klin. Chir. XXI. 1898.*

Die Einzelheiten dieser sehr fleissigen Arbeit müssen Interessenten im Original nachlesen, hier seien nur die „chirurgisch wichtigen Tatsachen“ erwähnt.

Die Zunge ist ausserordentlich reich an Lymphbahnen; die Lymphe einer Zungenhälfte fliesst zu den beiderseitigen Drüsen ab. Die Lymphgefässe des Schleimhautüberzuges und die der tieferen Schichten haben dieselben Abflusswege. Die abführenden Lymphstämme sind sehr zahlreich und anastomosiren miteinander, sie durchsetzen zum grossen Theil die Muskulatur der Zunge oder liegen der Aussenfläche der Muskeln an. Es giebt median zwischen den Mm. genіogloss. verlaufende Lymphstämme, die von beiden Zungenhälften Zufluss erhalten.

Die Lymphdrüsen der Zunge sind die Gl. submax., die cervical. profund. auf der Jugularis, die kleinen Gl. lingual. und die oben erwähnten im Innern der Zungenmuskulatur gelegenen Drüsen.

Die Hauptlymphdrüse der Zunge liegt auf der V. jugular. in Höhe der Carotistheilung. Es giebt directe Lymphgefässverbindungen zwischen Zunge und den Supraclaviculardrüsen. Die Lymphgefässe der für die Verbreitung des Carcinoms in Betracht kommenden Nachbarorgane der Zunge münden in die gleichen Drüsen wie die Lymphgefässe der Zunge selber.

A. ROSENBERG.

66) **R. Serrano** (Madrid). **Partielle Exstirpation der Zunge. (Extirpacion parcial de la lengua.)** *Congreso Hispano-Portugués de Cirugia. Madrid 1898.*

Verf. beschreibt seine Technik der partiellen Exstirpation und empfiehlt die vorherige Unterbindung der Zungenarterien in jedem Falle von neoplastischer Exstirpation.

R. BOTEY.

67) **Mas** (Marcia). **Totalexstirpation der Zunge. (Exstirpacion total de la lengua.)** *Congreso Hispano-Portugués de Cirugia y especialida adyacent. Madrid 1898.*

M. zieht aus seiner Arbeit folgende Schlussfolgerungen: Die einzige Garantie gegen ein Recidiv des Zungenepithelioms giebt nur die Totalexstirpation der Zunge. Wenn auch ein Recidiv zu befürchten ist, so ist dennoch die Operation vorzunehmen, da die Lebensdauer der Operirten eine grössere ist als diejenige der Nichtoperirten. Betreffs der Art und Weise der Operation ist Verf. für die vor-

herige Unterbindung der Art. linguales und den Medianschnitt, ausgehend von der Mitte der Unterlippe und bis zum Zungenband reichend mit Freilegung des Bodens der Mundhöhle.

R. BOTEY.

68) **Viannay** (Lyon). **Totalexstirpation der Zunge mittelst der Pharyngotomia transhyoidea. (Ablation totale de la langue par la voie transhyoidienne.)** *Soc. des scienc. méd. de Lyon. Juli 1898.*

Vorstellung eines wegen Epitheliom der Zungenbasis von Vallas operirten Kranken. Es ist dies der 6. Fall, den Vallas nach seiner Methode operirt hat. Die Technik derselben ist gelegentlich der Referate der früheren Arbeiten V.'s von uns beschrieben worden. Der Kranke konnte am 3. Tage nach der Operation aufstehen.

PAUL RAUGÉ.

d. Diphtheritis und Croup.

69) **Wm. K. Jaques. Die Frühdiagnose der Diphtherie. (The early diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 5. November 1898.*

Der letale Ausgang bei Diphtherie ist — von den Complicationen abgesehen — durch das Diphtherietoxin bedingt. Das Toxin ist ein Product der Bacillen; je stärker diese sich vermehren, um so grösser ist die Menge von Toxin, die gebildet wird. Die Schnelligkeit, mit der die Production vor sich geht, ist eine ausserordentliche. Wenn das Antitoxin nicht bei Zeiten Einhalt thut, ist der fatale Punkt der tödtlichen Dosis des gebildeten Giftes bald erreicht. Hierin liegt die Bedeutung der Frühdiagnose.

LEFFERTS.

70) **Peter Pradon** (Schweden). **Ueber Diphtheritis in dem Bezirk Broby 1894 bis April 1898. (Om difteri i Broby distrikt 1894—April 1898.)** *Eira. 15. December 1898.*

Enthält nichts Besonderes.

SCHMIEGELOW.

71) **J. Simonin** und **F. Benoit. Ueber larvirte Diphtherie im Laufe von Epidemien. (De la diphthérie larvée au cours des epidemies.)** *Revue de médec. 10. Januar 1898.*

Verf. macht auf die versteckten Formen von Diphtherie aufmerksam und zeigt, dass zuweilen geradezu Epidemien von larvirter Diphtherie vorkommen.

Praktisch ergeben sich daraus folgende Consequenzen: Zu Zeiten von Epidemien muss jede suspecte Angina zur Anzeige kommen. Die antiseptischen Maassnahmen (Mund- und Nasenspülungen etc.) haben bei den larvirten, wie bei den offenen Formen stattzufinden. In den klinisch nicht ganz klaren Fällen ruht der Hauptnachdruck auf der bakteriologischen Diagnose.

PAUL RAUGÉ.

72) **Beljowski. Fall von allgemeiner completer Lähmung nach Diphtheritis.** *Ejinedelnik. 1898.*

Der Autor theilt seine eigene Krankengeschichte mit. Er erkrankte an Diphtherie Anfang Februar und erholte sich erst zu Mitte August vollständig.

Die Lähmung begann am Gaumensegel, ergriff dann alle 4 Extremitäten, die Blase, den Mastdarm und auch das Gefühl.

Bezüglich der Aetiologie der Lähmung ist darin eine Complication zu erblicken, dass der Patient gegen Hämorrhoidalblutungen 10proc. Cocainpinselungen und -Compressen bekam.

P. HELLAT.

73) **Barbier** (Paris). **Die Behandlung der Diphtheriekranken. (Traitement des diphtheriques.)** *Société de Therapeutique. 28. Mai 1898.*

Verf. geht von dem Princip aus, dass die diphtheritische Infection nicht auf den Hals beschränkt ist, sondern sich über die gesammte Respirationsschleimhaut verbreitet und selbst in den Eingeweiden und den nervösen Centralorganen zum Ausbruch kommen kann. Man muss deshalb mit Sorgfalt auf die Symptome der Allgemeinintoxication achten: auf die Schwäche und Beschleunigung des Pulses, der die Temperaturerhöhung nicht parallel geht, auf Herzschwäche, Blässe, Erbrechen. Diese Allgemeinsymptome haben die Behandlung weit mehr, als der Zustand des Halses zu leiten, ganz besonders bei der Entscheidung über die Dosis des zu injicirenden Serums.

Das Serum hat keine andere Wirkung als die, dass es das Diphtheriegift zerstört. Man muss mit dem Serum deshalb Mittel verbinden, welche geeignet sind, gegen die renalen und nervösen Symptome, die das Toxin bereits verschuldet hat, anzukämpfen. —

Ferner ist der Möglichkeit der Mischinfection Rechnung zu tragen. Dazu dient:

1) Die Injection einer grösseren Serummenge, weil der Löffler'sche Bacill durch die Association mit anderen Mikroben virulenter geworden ist.

2) Die Behandlung der Nebeninfection durch geeignete antiseptische Spülungen von Nase und Hals, Pinselung mit Sulforicinphenol u. dergl.

Die Allgemeinerscheinungen indiciren in gewissen Fällen die Anwendung von Coffein, Digitalis, Strychnin, kalten oder Senfbädern, kalten Abreibungen etc.

Endlich ist es nöthig, besonders in Hospitälern, die Kranken vor septischen Infectionen zu schützen. Strengste Isolirung ist das einzige Mittel, das diesen Zweck erreicht.

PAUL RAUGÉ.

74) **Thomas Wyld Pairman** (Christchurch N. Z.). **Zur Behandlung der Diphtherie. (Notes on the treatment of diphtheria.)** *Australian Medical Gazette. 20. December 1898.*

P. betont die Bedeutung der Ruhe und räth von allen Methoden der Lokalbehandlung ab, welche reizen und das Kind aufregen. Die Lokalbehandlung ist übrigens durch die Einführung des Serums, das Verf. für werthvoll hält, nicht überflüssig geworden. Nützlich ist eine Steigerung der Diurese.

A. J. BRADY.

75) **J. Braun** (Wien). **Zur Serumbehandlung der Diphtherie.** *Wiener medicin. Presse. No. 36. 1898.*

B. spricht sich lobend über die Erfolge seiner Serumbehandlung aus.

CHIARI.



76) **Klegesal. Diphtherie und Serum. (Difterit i siworotka.)** *Ejenedelnik. 20. 1898.*

Eine einfache Zusammenstellung einiger Literaturangaben und Statistiken.

P. HELLAT.

77) **Bronstein. Anwendung des Serums. (Slutschai primenenija staroi siworotki.)** *Ejenedelnik. 18. 1898.*

Ohne Bedeutung.

P. HELLAT.

78) **Naumann** (Schweden). **Diphtherieserum in der Landpraxis. (Differiserum i landpraxis.)** *Eira. 15. November 1898.*

N. hat 97 Fälle von Diphtherie mit Serum behandelt; von diesen sind 12 = 12,37 pCt. gestorben; 4 von diesen starben während der ersten Stunden nach der Injection. Werden diese 4 Fälle nicht mitgerechnet, so fällt die Sterblichkeitsziffer bis 8,25 pCt.

SCHMIEGELOW.

79) **M. A. Vreeder. Diphtherie - Präventivmittel oder Diphtherie - Gegengift? (Diphtheria praeventive or diphtheria antitoxin?)** *N. Y. Medical Record. 8. November 1898.*

Das Serum hemmt die giftbildende Thätigkeit der Bacillen, ist aber dem bereits gebildeten Gift gegenüber ganz wirkungslos. Es ist also kein Gegengift. Wie die Impfung gegen die Pocken ist es ein Präventivmittel, nur dass bei der Diphtherie gewöhnlich die Infection schon da ist, wenn die Impfung vorgenommen wird. Der Ausdruck Antitoxin sollte deshalb aufgegeben werden; wenn der Arzt von einem Präventivmittel spricht, wird er die Fälle leichter und früher zugeführt bekommen.

LEFFERTS.

80) **Poulet. Momentane Intubation der Glottis bei Croup. (Tubage momentané de la glotte dans le croup.)** *Société de Thérapeut. 9. Februar 1898.*

Zur Ausführung dieser vorübergehenden Intubation bedient sich P. einfach eines Katheters (No. 18 od. 20). Er hat 7 mal unter 10 Fällen damit Erfolg gehabt.

PAUL RAUGÉ.

81) **Sevestre** und **Bonnes** (Paris). **Betrachtungen über den operativen Eingriff bei Croup. (Quelques considerations sur l'intervention opératoire dans le croup.)** *Archives de Medecine. Februar 1898.*

Wenn die beiden rivalisirenden Eingriffe, Tracheotomie und Intubation, im Allgemeinen einander auch ausschliessen, so können sie in gewissen Fällen sich doch gegenseitig zu Hülfe kommen.

a) Die Intubation kann nach der Tracheotomie Dienste leisten bei Kindern, welche die Canüle nicht entbehren können, trotzdem sie längst überflüssig geworden ist; die Verff. bezeichnen solche Patienten als „Canulards".

b) Die Tracheotomie andererseits kann auf die Intubation folgen:

1. Wenn die letztere unmöglich gemacht ist durch Kehlkopfkrampf, wiederholtes Ausstossen der Tube oder Verstopfung derselben durch Pseudomembranen.

2. Wenn die Extubation unmöglich ist wegen auftretender Erstickungsanfälle; die Verff. nennen diese Kinder „Tubards".

3. In Fällen von Masern, in denen die Kehlkopfschleimhaut reizbarer ist und leichter geneigt zum Ulceriren.

4. In Fällen von späten Spasmen, die plötzlich einige Zeit nach der Extubation eintreten.

PAUL RAUGÉ.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

82) **Ludwig Grünwald. Handatlas der Kehlkopfkrankheiten. In französischer Sprache herausgegeben von A. Castex und P. Collmet. (Atlas-manuel des maladies du larynx, édit. française par A. Castex et P. Collmet.)** In 16°. 244 p. Paris.

Der G.'sche Atlas ist bekannt. Er giebt auf 44 wohlgelungenen Tafeln mit 107 farbigen Bildern und 48 Figuren im Text einen Ueberblick über die gesammten Kehlkopfkrankheiten. Jeder Tafel ist ein Resumé über den betreffenden Fall beigegeben, das alle klinisch wesentlichen Punkte enthält.

Dem pathologischen Theil geht ein kurzer Abriss der Anatomie und Physiologie voraus, sowie eine Zusammenstellung der Untersuchungsmethoden von der klassischen Spiegeluntersuchung bis auf das Stroboscop und die Radiographie.

Die französischen Herausgeber haben den Grünwald'schen Text wörtlich übersetzt; eigene abweichende Ansichten haben sie an manchen Stellen durch Fussnoten zum Ausdruck gebracht.

Das Werk ist der Uebersetzung werth und die Arbeit der französischen Herausgeber verdient Dank.

A. CARTAZ.

83) **Raphael Forns. Verdoppelung der Stimmbänder. (Duplicated vocal cords.)** *N. Y. Medical Journal. 3. December 1898.*

Bei dem Patienten, der an subacutem Catarrh litt, sah F. bei der laryngoskopischen Untersuchung eine Pseudoglottis gebildet von einem Paar blassrothen Bändern in der Regio subglottica, die gabelartig in der vorderen Commissur sich vereinigten und wie wirkliche Stimmbänder aussahen. F. ist sich nicht klar darüber, ob der Zustand congenital oder erworben war.

LEFFERTS.

84) **J. Preindlsberger** (Serajevo). **Tiefe Schnittwunde des Halses und Eröffnung des Kehlkopfes und des Schlundes. — Primäre Wundheilung nach Naht ohne Tracheotomie.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 36. 1898.*

Selbstmordversuch in der Weise, dass die 24jährige Patientin mit je einem Messer in beiden Händen sich die Weichtheile in der Höhe des Zungenbeins und Kehlkopfes, die Musculi sterno-cleido-mastoid. bis auf den hinteren Rand, das Ligam. thyreohyoideum und thyreoepiglotticum, sowie beide Ligg. arythyreohyoidea durchschnitt. Die tieferen Halsgefässe blieben unverletzt. Exacte Naht.

Larynxbefund nach 1 Monat: die Epiglottis schräg von links hinten nach

vorn über den Aditus laryngis gelagert, die linke Larynxseite bewegt sich etwas weniger prompt, Stimme leicht umflort.

Der Fall beweist die Berechtigung der Unterlassung der Tracheotomie bei tiefen Halswunden mit Eröffnung der Luftwege, allerdings nur bei dauernder Ueberwachung der Verletzten, da Glottisödem die Tracheotomie auf lange Zeit nach der Verletzung noch nöthig machen kann.

CHIARI.

85) **Isambert** (Dunkerque). **Kehlkopfwunde. (Plaie du larynx.)** *Société de Chirurgie. 5. October 1898.*

Tiefe Wunde in der Regio epiglottica mit Eröffnung der Venae jugulares externae. Der Larynx ist angeschnitten und nach vorn luxirt. Die Kehlkopfwunde wird vernäht, die Jugularvenen werden unterbunden. Der Pat. kommt zur Heilung.

PAUL RAUGÉ.

86) **J. Borzymowski. Ueber Kehlkopfbrüche. (Zlamania krtani.)** *Medycyna. No. 12, 13. 1899.*

Verf. beschreibt folgenden, von ihm selbst beobachteten casuistischen Fall. Ein 40jähriger Kutscher wurde von einem Pferde am vorderen Theil des Halses und des Unterkiefers getroffen; im Augenblick des Schlages stand er an einer Wand, gegen welche er mit dem Hufe gedrückt wurde. Der Pat. sank bewusstlos zu Boden, erhob sich aber bald und ging mit grosser Mühe nach Haus, trotzdem er schon unterwegs grosse Athemnoth verspürte. Einige Stunden nach dem Unfall wurde der Pat. vom Verf. untersucht, wobei folgender Status vorgefunden wurde: Gesicht stark geröthet, Lippen cyanotisch, pfeifender Athem, jede Einathmung endete mit einem singultusähnlichen Geräusch. Die Stimme war klanglos, die Sprache durch Hustenanfälle erschwert, wobei reichlich blutiges Sputum ausgehustet wurde. Der Hals zeigte sich in der Gegend des Kehlkopfes stark ödematös und erwies sich beim Palpiren als sehr schmerzhaft. Ausserdem bestand auf der Haut der Schultern und des Rückens ein deutlich ausgesprochenes Hautödem. Das Os hyoideum war unverletzt, dagegen war die Gegend der Thyreoid- und Cricoidknorpel sehr schmerzhaft und man fühlte beim Betasten die Knorpel unregelmässig wie zertrümmert. Es bestand starke Dysphagie.

40 Stunden nach dem Unfalle wurde der Kranke tracheotomirt, wobei es sich zeigte, dass der Thyreoidknorpel gebrochen war, und die Richtung des Bruches von hinten und oben nach unten und vorn in der Länge von $1^1/_2$ cm ging. Die Schleimhaut der ganzen Gegend war zerrissen.

Einige Tage wurde der Kranke mittelst der Magensonde ernährt. Am 2. Tage nach der Operation stiess der Kranke durch die Tracheotomieröhre ein Knorpelstückchen aus und hustete an den folgenden Tagen einige weitere kleinere Stückchen aus. Im Laufe der folgenden 3 Monate wurde dem Kranken mittelst der Schrötter'schen Dilatatoren der Kehlkopf erweitert; nach dieser Zeit konnte die Tracheotomiecanüle fortgelassen werden.

Der Kranke kehrte zu seiner gewöhnlichen Beschäftigung zurück, athmete frei, die Stimme blieb aber klanglos. Es ist zu bedauern, dass der laryngoskopische Befund vom Verf. ziemlich ungenau angegeben worden ist.

A. v. SOKOLOWSKI.



87) **E. F. Ingals. Fremdkörper im Larynx und eine Modification der Kirstein-schen Autoskopie. (Foreign body in the larynx and a modification of Kirstein's autoscopy.)** *N. Y. Med. Journal. 17. September 1898.*

3jähriger Knabe, aphonisch und leicht dyspnoisch. Seit 4 Wochen befindet sich der Fremdkörper im Larynx. Die Diagnose wird mit dem Finger gestellt. Da Zangenextractionsversuche misslingen, wird die Laryngo-Tracheotomie gemacht, der Fremdkörper mit der Zange von der Wunde aus in den Mund gestossen und entfernt.

Verf. benutzt neuerdings das Kirstein'sche Verfahren. An dem Spatel, den Kirstein angegeben, hat er aber noch eine Vorrichtung nahe dem Winkel angebracht, welche den Pat. hindert, den Mund zu schliessen. LEFFERTS.

88) **Collet. Fremdkörper im Kehlkopf. (Corps étranger du larynx.)** *Société de Médecine de Lyon. 7. November 1898.*

Der Fall ist interessant wegen der Natur und der Lage des Fremdkörpers. Es handelt sich um eine Nadel, die C. aus dem Kehlkopf zog. Dieselbe war mit der Spitze tief in ein Stimmband eingedrungen. PAUL RAUGÉ.

89) **Hue** (Rouen). **Fremdkörper der Luftwege. (Corps étranger des voies aeriennes.)** *Société de Chirurgie. 16. November 1898.*

Der Fremdkörper sass im linken Bronchus. H. machte die Tracheotomie und entfernte ihn mittelst der Zange. Der Fall kam zur Heilung. PAUL RAUGÉ.

90) **A. Raoult. Fremdkörper im Larynx. (Corps étranger du larynx.)** *Revue méd. de l'Est. 15. December 1898.*

Frau von 20 Jahren hatte 8 Tage vorher eine Nadel verschluckt, die sie beim Sprechen zwischen den Lippen hielt. Sie spürte gleich einen Stich im Halse, aber erst jetzt, nach 8 Tagen, wurde der Schmerz lebhaft.

Die Nadel, die von Stahl war und einen Kopf von Glas hatte, war durch die supraglottischen Partien in die Regio interarytaenoidea gedrungen und lag mit der Spitze in der hinteren Rachenwand fixirt. Die Extraction gelang ohne Schwierigkeiten mit der Zange. Der weitere Verlauf war ohne Complicationen.

A. CARTAZ.

91) **Bogaewski. Zur Casuistik der operativen Entfernung von Fremdkörpern aus den Athmungswegen. (K kasuistike operatiwnawo udalenija inorodnich tel w diehatelnich putjach.)** *Letopis r. Ch. 6. 1898.*

Durch Tracheotomie wurden in 3 Fällen Kürbissamen aus der Trachea und durch Laryngotomie in einem Falle ein Haken aus dem Larynx mit Erfolg entfernt. Ein Fall endete trotz Tracheotomie wegen Einkeilung des Samenkorns im rechten Bronchus letal. P. HELLAT.

92) **Sagasta** (Valladolid). **Modification der Laryngofissur. (Modificacion introducida en la laringo-fisura.)** *Congreso Hispano-Portugués de Cirugia. Madrid 1898.*

Der Fall betrifft eine kleine Patientin, welche bei tiefer Inspiration ein Eichen-

baumblatt verschluckt hatte; wegen häufiger asphyktischer Anfälle musste operativ eingegriffen werden. Die Hautwunde reichte vom oberen Rande des Schildknorpels bis zum Manubrium sterni. Incision der 3 ersten Trachealknorpel; Einführung einer mit Gaze umhüllten Canüle und Eröffnung des Kehlkopfs in der Richtung von unten nach oben; Entfernung des Fremdkörpers, der sich in dem Morgagni'schen Ventrikel festgeklemmt hatte und das betreffende Stimmband bedeckte.

R. BOTEY.

93) **J. v. Bókay** (Budapest). **a) Ein operirter und geheilter Fall von narbiger Kehlkopfverwachsung. b) Fremdkörper in dem Kehlkopfe; complicirter Verlauf, Heilung.** *Orvosi Hetilap. No. 40, 41. 1897.*

v. B. hat bereits im Jahre 1897 im internationalen Congresse zu Moskau darauf hingewiesen, dass das O'Dwyer'sche Verfahren nicht blos bei acuten Kehlkopfstenosen (Diphtherie des Larynx), sondern auch in der operativen Behandlung der chronischen Stenosen besonders günstige Erfolge liefert. Insbesondere hebt v. B. die Intubation bei Decanulement-Schwierigkeiten hervor. Hierfür sprechen folgende Fälle:

Ein 8jähriger Knabe aspirirte am 10. Octb. v. J. ein Stückchen eines Hühnerknochens. Die Stenose war eine hochgradige. Bei der Palpation durch die Mundhöhle konnte Vortragender einen in der Stimmritze eingekeilten Fremdkörper fühlen, den er mit einer gebogenen Zange erfassen und aus dem Kehlkopfe entfernen konnte. Die Extraction des Knochenstückes linderte jedoch die Erstickungserscheinungen blos in geringem Maasse, sodass noch an demselben Nachmittage die Tracheotomie ausgeführt werden musste. Nach dem Luftröhrenschnitte wurde die Respiration vollkommen frei, als jedoch nach einigen Tagen die Entfernung der Canule versucht wurde, stellte sich heraus, dass Laryngitis subglottica das Decanulement unmöglich machte. Als die endgültige Entfernung der Canule selbst am 81. Tage nicht gelang, entschloss sich v. B. zur methodischen Intubation. Am 9. Januar begann Verf. mit der ersten Intubation und kam bereits am 23. Januar so weit, dass der Kranke mit verschlossener Trachealfistel zwei Stunden lang ohne Tubus ruhig zu athmen vermochte; am 25. Januar konnte Pat. schon zwölf Stunden lang ohne Tubus verbleiben, und am 27. gelang es, den Tubus endgültig zu entfernen.

Der Knabe trug den Tubus insgesammt 18 Tage; die Zeit, die der Tubus im Kehlkopfe lag, betrug beiläufig 408 Stunden. Der Knabe wird vollkommen geheilt vorgeführt.

Den zweiten Fall entnahm Vortragender ebenfalls aus seiner Intubationspraxis. Der $2^1/_2$jährige Knabe wurde anfangs 1898 in das Spital gebracht. Der Kranke wurde wegen Croup nach Masern beiläufig vor einem Jahre in einem hauptstädtischen Spitale intubirt (Intubationsdauer 200 Stunden), später wegen aufgetretener Decubitalgeschwüre ebendort der Tracheotomie unterzogen. Nach dem Luftröhrenschnitte entwickelte sich bei dem Kinde eine vollkommene narbige Zusammenwachsung des Kehlkopfes in der Höhe des Cricoidalringes. Mit diesem Befunde wurde der Knabe (mit Canule) in das Institut des Vortragenden aufgenommen. Am 16. Febr. 1898 vollzog v. B. zum Zwecke der Lösung der narbigen

Verwachsung eine partielle Laryngofissur, und nachdem er das narbige Diaphragma durchschnitten hatte, führte er durch den Mund einen Tubus in den Kehlkopf resp. Luftröhre ein mit dem Vorhaben, dass der Druck des Tubus die narbige Strictur beheben solle. Die methodische Intubation hatte bereits Ende März den Erfolg aufzuweisen, dass der Knabe nach Verschluss der Trachealwunde 7—8 Stunden hindurch ohne Tubus athmen konnte. Am 11. Mai wurde die Extubation schon 32 Stunden hindurch vertragen, am 5. August konnte die definitive Extubation vollführt werden. Das Kind ist derzeit vollkommen gesund, die Respiration ist frei, die Stimme ist wiedergekehrt. Da seit der endgültigen Extubation Monate verflossen sind, zweifelt Vortragender nicht, dass die Strictur nicht mehr zurückkehren wird. Der Kranke trug die Canule vor der methodischen Intubation 281 Tage lang, die methodische Intubation beanspruchte 160 Tage, die Gesammtdauer des Liegens des Tubus betrug beinahe 4000 Stunden.

v. NAVRATIL.

94) **J. v. Bókay** (Budapest). **Die Anwendung der Intubation in der Kinderpraxis ausser bei Diphtherieerkrankungen.** *Orvosi Hetilap. No. 40, 41. 1897.*

v. B. hält, gestützt auf seine Beobachtungen, das O'Dwyer'sche Verfahren bei folgenden Erkrankungen des Kehlkopfs und der Trachea für indicirt:

A. Luetische Stenosen, nicht luetische narbige Stenosen und Laryngitis subglottica chron. hypertrophica.

1. Fall von narbiger Kehlkopfstrictur.

M. K., $2^1/_2$ Jahre altes Mädchen, erkrankte am 30. Novbr. 1894 an Rachen- und Kehlkopfdiphtherie, die mit Serumtherapie und Intubation behandelt wurde. Die endgültige Entfernung des Tubus gelang selbst Ende December nicht, weshalb die Tracheotomie am 29. December gemacht wurde.

Pat. athmet mit Canüle sehr gut, beim Wechseln der Canüle momentane Cyanose. Am 17. Februar erfolgloser Versuch zur Intubation. Die in die Trachealwunde eingeführte Sonde lässt $1^1/_2$ cm oberhalb der Trachealöffnung ein narbiges Diaphragma fühlen, das das Innere des Larynx vollkommen verschliesst. Am 31. Oct. Larynxfissur, wobei das sich in der Höhe der Cart. cricoid. befindende Diaphragma durchtrennt wurde. Nach Beendigung der Operation wurde in den Larynx ein kurzer Colin'scher Tubus No. I hineingeschoben, der bis zum 22. Febr. constant liegen blieb. Dieser Tubus wurde am 22. Nov. durch einen O'Dwyer'schen Tubus No. II ersetzt und die Canüle entfernt.

Am 25. Nov. wurde Tubus No. III angewendet und vom 1. Dec. an wird Pat. nur noch die Nacht intubirt, während des Tages athmet sie ohne Tubus. Die methodischen Intubationen werden fortgesetzt und Pat. konnte am 4. August endgültig extubirt werden und am 23. September mit vollkommen freier Athmung, tiefer, aber reiner Stimme geheilt entlassen werden.

2. Fall von narbiger Kehlkopfstrictur.

K. P., 2 Jahre alt, wurde am 22. Nov. 1892 mit Kehlkopf-Diphtherie in das Spital aufgenommen. Während der Intubationsbehandlung entwickelte sich Decubitus, infolgedessen am 12. Dec. Tracheotomie.

Am 6. März erfolgloser Versuch zu intubiren infolge eines im Larynx befind-

lichen narbigen Diaphragma. Nach mehreren energischen Versuchen wurde am 15. April ein O'Dwyer'scher Tubus No. I eingeführt.

Am 19. April konnte Tubus No. II angewendet werden. Mitte Mai wurde der der Larynx soweit gedehnt, dass die Canüle endgültig entfernt werden konnte. Am 18. Juni 1893 vollkommene Heilung.

3. Ein Fall von luetischer Trachealstenose.

K. P., 14 Jahre altes Mädchen, wird am 23. Sept. 1892 mit Dyspnoe in das Spital aufgenommen. Stimme heiser, Athem geräuschvoll, von scrobiculären Einziehungen begleitet.

Auf der rechten Seite der Stirne eine von einem Knochenwall umgebene Anschwellung, welche in ihrer Mitte eine ca. $1/2$ cm tiefe Einziehung zeigt. Auf beiden Unterschenkeln mehrere auf ihrer knöchernen Basis fest aufsitzende Narben mit unregelmässiger Form.

Rachen und Kehlkopf normal. In der Höhe des II. und III. Trachealringes circuläres Narbengewebe, das den Eingang der Trachea ausfüllt und in der Mitte einen nur ca. 6 mm langen und 3 mm breiten halbmondförmigen Spalt offen lässt.

Am 25. September gelang es, einen Tubus No. I einzuführen. Neuerlich Jodkali. Am 27. und 29. Sept. Intubation mit Tubus No. IV. von je 3stündiger Dauer. Am 1. Oct. konnte man schon im Narbengewebe einen elliptischen Spalt wahrnehmen, dessen Spitzen die vordere und hintere Trachealwand erreichen. Pat. verlässt am 16. Oct. das Spital mit vollständig unbehinderter Athmung.

4. Ein Fall von luetischer Trachealstenose.

B. G., wird am 8. Sept. 1896 mit Dyspnoe in das Hospital aufgenommen. In der Occipitalgegend und im Sulcus bicipitalis bohnengrosse Drüsen, im Rachen vollständiger Defect der Uvula. Kehlkopf normal. In der Höhe des III. und IV. Trachealringes keilförmiges Narbengewebe der Luftröhre, hintere Wand halbmondförmig frei.

Vom 10. Sept. jeden dritten Tag Intubation; Schmiercur. Am 11. Oct. vollkommen ruhige Athmung. Kehlkopfspiegel zeigt nichts Abnormes.

5. Fall von Laryngitis subglott. chron. hypertrophic.

B. G., 12 Jahre alter Knabe, wird am 22. Nov. 1891 mit Heiserkeit und Athembeschwerden aufgenommen. Unmittelbar unter den Stimmbändern zwei halbkugelförmige Vorwölbungen, eine ähnliche Vorwölbung befindet sich unter der Interarytenoidalfalte, Larynxlumen bis auf eine ca. 4 – 6 mm breite Spalte verengt. Am 14. Dec. Intubation, Tubus bleibt bis 17. Dec. im Larynx liegen. Von nun an Intubation jeden dritten, vierten Tag, später wöchentlich einmal auf mehrere Stunden. Am 15. Sept. 1892 mit vollkommen freier Athmung entlassen. Die Wulste sind nur noch in Spuren angedeutet.

B. Die Anwendung der Intubation bei erschwertem Decanulement.

1. K. A., 9 Jahre alt, wird am 27. Aug. 1896 behufs Decanulement aufgenommen. Pat. wurde vor 6 Jahren wegen Kehlkopfdiphtherie tracheotomirt, seit dieser Zeit konnte die Canule nicht entfernt werden. Am 5. Sept. Intubation, die ohne Schwierigkeiten gelang, nach 24 Stunden Extubation und Reposition der Canule. Am 15. Sept. wurde nach vorheriger Intubation die Trachealfistel geschlossen. Pat. wird auf immer längere Dauer extubirt und kann das Spital am

6. April vollkommen geheilt, ohne Canule verlassen. Der Tubus lag insgesammt 1448 Stunden im Larynx.

2. B. D., 1 Jahr alt, wurde wegen Larynxdiphtherie intubirt. Während der Intubation entwickelte sich Decubitus, infolge dessen den 17. April Tracheotomie. Pat. athmet durch die Canule leicht, beim Verschliessen der Canule ist das Athmen durch den Mund behindert. Am 18. Mai wird das Decanulement mit Hilfe der vorherigen Intubation vorgenommen, am 20. Extubation, was vom Patienten $^3/_4$ Stunden vertragen wird. Pat. wird auf immer längere Dauer extubirt und konnte am 25. endgültig extubirt werden.

C. Anwendung der Intubation bei in die oberen Luftwege gerathenen Fremdkörpern.

B. G., 7 Monate altes Kind, wurde am 9. Dec. 1896 in das Spital gebracht. Athmen erschwert, Stimme heiser. Die Ursache der acuten Stenose war die ersten zwei Tage nicht eruirbar. Als aber der Larynx mit dem Finger betastet wurde, konnte man in der Glottisspalte einen ca. $1-1^1/_2$ cm langen, sich von vorne nach rückwärts ziehenden, länglichen Fremdkörper fühlen, der bei tiefer Inspiration verschwindet, bei Exspiration hingegen wieder fühlbar wird. Die Mutter giebt jetzt an, dass das Kind am 8. ein weiches Ei bekam und während des Essens unwohl wurde. Am 13. Intubation, nach dieser wurde das Athmen vollkommen frei. Nach etlichen Minuten wurde der Tubus herausgenommen, Pat. athmet ungehindert. Am 14. konnte man in dem Stuhle des Pat. isolirte Stückchen von Eischalen sehen, die nach der Extubation theils durch den Husten expectorirt, theils verschluckt worden sind. Pat. athmet gut und es zeigten sich auch später keine Athembeschwerden.

v. B. hält den Intubationsversuch in allen denjenigen Fällen für indicirt, bei welchen der in den Larynx gerathene Fremdkörper beweglich ist; in jenen Fällen hingegen, wo der Larynx durch den Fremdkörper nahezu vollständig verschlossen und der Fremdkörper fixirt ist, für contraindicirt.

D. Die Intubation als die Tracheotomie unterstützendes Verfahren.

v. B. wendete die Intubation zur Erleichterung der Tracheotomie seit 1891 in 70 zur Tracheotomie gelangten Fällen an und konnte sich dabei überzeugen, dass die Intubation in diesen Fällen von der grössten practischen Bedeutung ist, da man dadurch die Passage der Luft während der Operation und somit das ruhige Operiren ermöglicht.

v. NAVRATIL.

95) **F. Kermauner** (Graz). **Ueber Blutungen nach Tracheotomie und Oesophagotomie.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 43. 1898.*

Nach einer kurzen Einleitung, worin die statistischen Arbeiten der letzten Jahre mit Rücksicht auf Nachblutungen nach Tracheotomien citirt werden, kommt K. auf die eventuellen Symptome zu sprechen, die eine solche Nachblutung ankünden. Ueber die Quelle der Blutungen citirt K. Maas, welcher zwei Arten von Blutungen unterscheidet, solche, die durch Eröffnung eines grösseren Gefässstammes am Halse entstehen und „Lungenblutungen". Verf. bestreitet die Stichhaltigkeit dieser Eintheilung und giebt jener von Foltanek den Vorzug, welcher

extra- und intratracheale Blutungen unterscheidet, wobei die ersteren, die weitaus seltener und ungefährlicher sind, als letztere, bedingt sind:

1. durch Arrosion der Gefässwand durch Eiter;
2. durch Uebergreifen von Neubildungen auf die Gefässwand und Zerfall derselben;
3. durch Decubitusgeschwüre, meist verursacht durch die Canüle.

Die zweite Gruppe in der Eintheilung Foltanek's, die intratrachealen Blutungen sind meist:

1. Blutungen, welche durch das Fortschreiten der primären Erkrankung bedingt sind;
2. Blutungen, welche durch die Tracheotomie als solche hervorgerufen werden:
   a) im Anschluss an die Operation aus den Gefässen der gesetzten Wunde;
   b) durch das längere Liegenbleiben der Canäle.

CHIARI.

96) **F. Hanszel** (Wien). **Circumscriptes Gumma der Trachea.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 42. 1898.*

H. betont die Seltenheit der alleinigen Localisation der Lues in der Trachea und ganz besonders im oberen Trachealabschnitte, woselbst das beschriebene Syphilom sass.

Bemerkenswerth war in diesem Ealle auch der sofortige Erfolg der Jodkalimedication.

CHIARI.

97) **Redact. Notiz. Vollständige Ruptur der Trachea. (Complete rupture of the trachea.)** *N. Y. Medical Journal. 21. October 1898.*

Ein 73jähriger Mann wurde von einem Fahrstuhl schwer am Hinterkopf getroffen, so dass er nach hinten zusammenbrach. Das Sternum war gebrochen, der Patient überlebte den Unfall aber noch 14 Tage. Die Zerreissung des Trachea wurde erst bei der Section entdeckt. Mehrere Fälle sind mitgetheilt, bei denen schwere Dyspnoe und starkes subcutanes Emphysem die Hauptsymtome bildeten und meist rasch zum Tode führten. Indess sind 3 Fälle von Heilung berichtet, zwei von Lany u. Wagner ohne Tracheotomie und einer von Lauenstein mit Tracheotomie.

LEFFERTS.

98) **P. v. Bruns** (Tübingen). **Resection der Trachea bei primärem Trachealkrebs.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. XXI. 1898.*

Es handelte sich um eine primäre Struma maligna intratrachealis, wegen deren die Resection der hinteren und linksseitigen Wand der Luftröhre in der Länge von zehn Trachealringen vorgenommen wurde. Der Kranke wurde sechs Jahre am Leben erhalten, unterlag dann den wiederauftretenden Stenosenerscheinungen. Schon zehn Jahre vor der Operation litt der 31jährige Patient an allmählich zunehmenden Athembeschwerden. Aeusserlich war kein Kropf nachweisbar. Es handelt sich wahrscheinlich um eine krebsige Umwandlung einer intratrachealen Struma.

Diese Geschwülste haben eine rundliche oder walzenförmige Gestalt, eine glatte, selten höckrige Oberfläche und sitzen immer breitbasig auf; ihre Ausdehnung erstreckt sich 2—5 cm in der Längsrichtung.

Da $^2/_3$ der Fälle ihren Sitz im oberen und mittleren Abschnitt der Trachea haben, kann wohl auch der Trachealkrebs durch rechtzeitige Exstirpation beseitigt werden.

A. ROSENBERG.

f. Schilddrüse.

99) **Freund. Die Beziehung der Schilddrüse zum weiblichen Genitalapparat. (Relationship between the thyroid gland and female genitals.)** *N. Y. Medical Journal. 19. November 1898.*

Verf. hat seit langem die Beziehung der Schilddrüse zur Schwangerschaft, Geburt und zum Wochenbett studirt; er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Schwellung der Thyreoidea durch blosse Congestion ist stets bei der Schwangerschaft und auch während der Menstruation vorhanden.

2. Kommt irgendwie eine energischere oder eine dauernde Reizung der Uterusmuskulatur zu Stande, so bildet sich auch eine bleibende Schilddrüsenschwellung aus. Unter diesen Umständen befindet sich auch stets Colostrum in den Brüsten.

3. Ovarialtumoren, Tubengeschwülste und ähnliche Affectionen gehen nie mit Schilddrüsenschwellung einher, ausser wenn — wie das in seltenen Fällen vorkommt — das Leiden sich verbreitet und die uterine Muskulatur reizt.

LEFFERTS.

100) **Tailhefer. Primäre chronische „cancroforme" Entzündung der Schilddrüse. (Inflammation chronique primitive „cancériforme" de la glande thyroide.)** *Revue de chirurgie. 10. März 1898.*

Verf. beschreibt unter obigem Titel eine Sclerose, wahrscheinlich infectiösen Ursprungs, welche die Schilddrüse in einen sehr harten, wenig umfangreichen Tumor umwandelt, der an den Nachbarorganen, speciell an der Trachea Druckerscheinungen hervorruft und oft die Tracheotomie nöthig macht.

Erwähnt werden muss, dass dieser chirurgische Eingriff, der gewöhnlich rein palliativ ist, in diesem Falle ein Zurückgehen des Tumors selbst herbeizuführen scheint.

Es handelt sich — dahin fasst T. sein Urtheil zusammen — um eine besondere Form von Sclerose von geringer Tendenz zur Malignität und von unbekanntem Ursprunge.

PAUL RAUGÉ.

101) **H. Roger** und **M. Garnier** (Paris). **Die Sclerose der Schilddrüse bei Tuberculösen. (La sclérose du corps thyroide chez les tuberculeux.)** *Société de Biologie. 30. Juli 1898.*

Die Verff. sahen häufig bei Tuberculösen eine Sclerose der Schilddrüse, die nur durch das Mikroskop zu erkennen ist. Das Bindegewebe bildet mehr oder

weniger dicke Stränge, die das glanduläre Gewebe durchsetzen. An den Gefässen sind periarteriitische und endarteriitische Veränderungen zu erkennen. Was das eigentliche Drüsengewebe angeht, so ist dasselbe wenig verändert, zeigt aber doch eine gewisse Anhäufung von Zellen in den Lobulis, die für eine functionelle Hyperactivität spricht. Nirgends sind tuberculöse Producte, Riesenzellen oder Bacillen zu sehen.

Um zu zeigen, dass es sich hierbei nicht um gewöhnliche Vorgänge handelt, haben die Verf. 18 Schilddrüsen von Personen, die an verschiedenen anderen Krankheiten gestorben waren, untersucht; niemals fanden sie ein ähnliches Bild. Diese Sclerose steht also zur Tuberculose in Beziehung; sie ist der tuberculösen Cirrhose der Leber ähnlich und wird von den Verff. auf die Wirkung im Organismus circulirender Toxine zurückgeführt.

PAUL RAUGÉ.

102) **Mosse. Kropf bei einem neugeborenen Kinde geheilt durch Thyroidbehandlung der Mutter. (Goitre in a newborn infant cured by thyroid treatment of the mother.)** *N. Y. Medical Journal. 12. November 1898.*

Das schwache und kachectische Neugeborene zeigte einen ausgesprochenen zweilappigen Kropf. Die Mutter, die ebenfalls einen Kropf hatte, war körperlich in sehr gutem Gesundheitszustand, geistig aber schwach. Die Mutter erhielt täglich $1^1/_2$ gr Schilddrüsensubstanz. Nach $1^1/_2$ Monaten war ihr Kropf fast ganz verschwunden und das Kind war vollständig geheilt. Im weiteren Lauf der Behandlung besserte sich auch der Allgemeinzustand des Kindes erheblich.

LEFFERTS.

103) **Weiller** (Saint Dié). **Die Schilddrüsentherapie bei Basedow'scher Krankheit.** *Wiener med. Blätter. No. 41. 1898.*

Hochgradiger Fall von Basedow, der allen Mitteln trotzte bis auf Jodothyrin-Medication, die vollständige Heilung brachte. Anfangs 1 Tablett (0,30) pro die steigend bis 4 Tabletten, sodann wieder absteigend bis zur Anfangsdosis.

CHIARI.

104) **Bayard Holmes. Die chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The surgical treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 5. November 1898.*

H. erklärt die Erkrankung durch eine übermässige Steigerung der normalen Secretion der Schilddrüse. Er hat einen Fall mit gutem Erfolge operirt.

LEFFERTS.

105) **H. Bled. Die Operationen am Sympathicus bei der Basedow'schen Krankheit. (Les opérations sur le sympathique dans la maladie de Basedow.)** *Thèse de Paris. 1898.*

Die Resection des Sympathicus, die eine beiderseitige sein muss, kommt nur für solche Fälle von Morbus Basedowii in Frage, bei denen die interne Therapie machtlos ist. Sind die Basedow'schen Symptome von bedrohlicher Stärke, so kann die Sympathicusoperation als erste gemacht werden, im andern Falle kann vorher die Ligatur der Schilddrüsenarterien oder die Exothyropexie versucht und

erst wenn diese resultatlos bleiben, secundär die Sympathicusresection gemacht werden.

B. theilt bezüglich der letztgenannten Operation nicht den Enthusiasmus ihres Erfinders. Er giebt die guten Resultate in gewissen Fällen zu, leugnet aber ihre allgemeine Anwendbarkeit. B. stellt 28 Fälle von Resection zusammen.

A. CARTAZ.

106) **F. Combemale** und **H. Gaudier. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit. Wirkung der Sympathicusresection (Jaboulay's Operation) auf Exophthalmus und Tachycardie. (Un cas de goitre exophthalmique. Action de la sympathicotomie — opération de Jaboulay — sur l'exorbitisme et la tachycardie.)** *Echo médical du Nord. 8. Mai 1898.*

Es handelt sich um einen typischen Fall von Basedow'scher Krankheit mit starkem Kropf, einem Puls von mehr als 200, mässigem aber deutlichem Exophthalmus, Graefe's Symptom, charakteristischem Zittern und Parese des rechten Stimmbandes.

Die Operation fand am 12. März 1898 statt; von beiden Sympathicis wurde ein Stück in der Länge von 7 cm resecirt.

Sogleich nach dem Schnitt entstand beiderseits eine sehr starke Verengung der Pupille, die links punktförmig wurde.

Der Puls veränderte sich in den 3 ersten Stunden nicht, fiel dann auf 120 und bis zum fünften Tage auf 98 Schläge; gleichzeitig wurde er gleich- und regelmässig. Die Arterienspannung betrug 17,5 mm.

Am 28. März verliess der Patient das Krankenhaus, von allen seinen Beschwerden befreit, um seine frühere Beschäftigung wieder aufzunehmen.

PAUL RAUGÉ.

107) **Gérard Marchand** (Paris). **Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit durch partielle oder totale Resection des Halssympathicus. (Du traitement du goitre exophthalmique par la section partielle ou totale du grand sympathique cervical.)** *Société de Chirurgie. 26. October 1898.*

Das Interesse der M.'schen Arbeit liegt hauptsächlich in der detaillirten Schilderung des Operationsverfahrens. Verf. macht auf 3 Punkte aufmerksam: 1. die Jugularvene, die man gleich zu Anfang nach der Incision der Haut zu Gesicht bekommt; 2. die Carotis communis und 3. den Vagus, den man sehen und isoliren muss, um ihn zu schonen.

M.'s Erfahrungen beziehen sich auf 7 Fälle. Bei diesen wurden erzielt:

2 vollständige Erfolge,
2 wesentliche Besserungen,
2 Nicht-Erfolge,
1 Todesfall.

PAUL RAUGÉ.

108) **Doyen. Die chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The surgical treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 8. October 1898.*

Es kommen nach Verf. nur 2 Operationen in Frage, die beide dasselbe End-

ziel, nämlich die Unterdrückung der Secretion, verfolgen. Das sind: 1. die Thyroidectomie und 2. die Durchschneidung des Halssympathicus. Zwischen beiden Methoden ist zu entscheiden nach den Erfolgen, die durch sie erzielt werden. Einer der Hauptvertreter der Sympathicusresection sagt: 1. die Basedow'sche Krankheit wird durch diese Operation gebessert und geheilt, 2. die Tachycardie wird verringert und verschwindet nach der Resection beider Sympathici, 3. der Kropf wird kleiner und verschwindet, wenn auch etwas langsamer als der Exophthalmus.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

109) **St. Clair Thomson. Functionelle Dysphagie. (Functional dysphagia.)** *Transact. of Harveian Soc. 1898. Brit. Med. Journ. 28. November 1898.*

Verf. bespricht die Differentialdiagnose zwischen organischem Verschluss und functioneller Dysphagie paralytischer oder spasmodischer Form und erörtert dann den Werth der Untersuchung der oberen Luftwege. Was die Behandlung anlangt, so hat die Einführung eines Bougie gewöhnlich einen unmittelbaren und zufriedenstellenden Erfolg. Aber Rückfälle kommen leicht vor und mit der Manipulation der Sondeneinführung muss eine kräftige Suggestivtherapie verbunden werden.

Jaffe meint, dass neurotische Dysphagie ohne Hysterie bei Männern ebenso häufig wie bei Frauen vorkommt.

Dundas Grant pflegt die functionelle Dysphagie an der Leichtigkeit zu erkennen, mit der ein starkes Gummirohr den Oesophagus passirt. Er erinnert an den Reflexspasmus, der bei abdomineller maligner Erkrankung und bei defecten Zähnen vorkommt.

Clifford Beale weist auf Fälle von Dysphagie hin, bei denen die Störung nur besteht, wenn jemand zusieht.

Goodhart erwähnt die nicht seltene Unfähigkeit von Kindern, feste Speisen zu schlucken; dieselbe hält manchmal bis zum 3. Jahre an. — Ein Aneurysma ist nur selten Ursache von Dysphagie.

ERNEST WAGGETT.

110) **Forgue** (Montpellier). **Die intra-mediastinale Oesophagotomie bei Fremdkörpern im thoracalen Abschnitt des Oesophagus. (De l'oesophagotomie intra-médiastinale pour corps étrangers de l'oesophage thoracique.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

Als F. seine schwierige und kühne Operation in Angriff nahm (Juni 1897), hatte man den Oesophagus in seinem Brustabschnitt beim Menschen noch nie eröffnet. Sein Versuch hat daher die Priorität auch vor den 2 Mittheilungen Rehn's auf dem 27. deutschen Chirurgencongress. Es handelte sich aber, wie betont werden muss, nur um einen Versuch, da der Fremdkörper schliesslich auf dem natürlichen Wege entfernt wurde.

Ein 8jähriges Kind hatte vor 3 Monaten ein 10 Centimesstück verschluckt. Die Entfernungsversuche mit dem Graefe'schen Münzenfänger misslangen und

die Ernährung wurde schwierig; Erstickungsanfälle, bronchitische Erscheinungen, blutiges Erbrechen kamen hinzu und machten einen Eingriff nothwendig. Auf dem radiographischen Bild erkannte man den Fremdkörper in der Höhe des 4. Intercostalraumes etwas rechts von dem Wirbelkörper. Danach war es angebracht, in das Mediastinum durch eine rechtsseitige Thoracotomie einzudringen, entgegengesetzt der Vorschrift von Quénu und Hartmann, die den Oesophagus von links in Angriff zu nehmen rathen.

Nach einem vergeblichen ersten Versuch, der wegen Schwierigkeiten mit der Chloroformnarkose abgebrochen worden war, sollte die Wiederholung der Operation 12 Tage später stattfinden. Aber vor der Operation machte der Operateur noch einmal einen Versuch, den Fremdkörper durch die natürlichen Wege zu extrahiren, und diesmal hatte er Erfolg.

PAUL RAUGÉ.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) E. P. Friedrich (Kiel). **Rhinologie, Laryngologie und Otologie in ihrer Bedeutung für die allgemeine Medicin.** Leipzig. F. C. W. Vogel. 1899.

Das vorliegende Werk verfolgt die dankenswerthe Aufgabe, die Verbindungen zwischen Mutter- und Tochterwissenschaft, die oft sich zu lockern drohen, zu betonen. Das Bestreben, die Wechselbeziehungen zu schildern, die zwischen den Krankheiten des gesammten Organismus und denen unseres Specialgebietes bestehen, ist kein neues. Schon 1885 besprach Löri „die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre“ und gab dadurch eine treffliche Anregung, über dem Studium der kleinsten Details des Specialgebietes nicht den Zusammenhang des letzteren mit der allgemeinen Wissenschaft zu vernachlässigen. In den 14 seither verflossenen Jahren hat unser Specialfach ebenso wie unsere Mutterwissenschaft grosse Fortschritte gemacht. Es ist in hohem Grade verdienstvoll, wieder einmal einen Markstein aufzustellen, der späteren Forschern die Uebersicht darüber erleichtern wird, welches die Verhältnisse unserer Specialität zur Allgemeinmedicin im letzten Jahre des 19. Jahrhunderts waren; es ist gut für die Mitlebenden, sich wieder einmal klar zu werden über die Leistungen der Gegenwart, über die Abhängigkeit nicht nur der Krankheiten einzelner Organe von einander, sondern über die vielfach sehr verwickelten gegenseitigen Beziehungen der Leiden der Specialgebiete und des Gesammtorganismus.

Dass zum Abfassen eines derartigen Werkes ganz besondere Qualificationen gehören, ist selbsverständlich. Der Verfasser muss nicht allein vollständige Beherrschung des Specialgebietes mit gründlichem allgemeinen Wissen paaren, sondern auch die gesammte einschlägige Literatur auf das eingehendste studirt

haben, um sie bei seiner Schilderung erspriesslich verwerthen zu können. Sagen wir sofort, dass der Verfasser des vorliegenden Werkes diese Erfordernisse zu seiner selbstgestellten Aufgabe mitbringt und dass er ein Werk geschaffen hat, in dem ebenso der Erfahrene wie der Anfänger vielfältigste Anregung finden wird und das für künftige historische Studien einen bleibenden Werth besitzt.

Dass er in den Löri'schen Rahmen noch die Krankheiten der Nase aufgenommen hat, ist bei dem gegenwärtigen Begriff der laryngologischen Specialität selbstverständlich; dafür dass er die Krankheiten des Ohres in sein Werk miteingeschlossen hat, wird ihm gewiss ein grosser Theil der Otologen, wie auch der Laryngologen Dank wissen. Und auch diejenigen, die sich mit den in der Vorrede des Verfassers geäusserten Grundsätzen nicht völlig einverstanden erklären können, werden sicherlich nichts dagegen haben, dass ihnen die Gelegenheit geboten wird, sich praktisch davon zu überzeugen, auf welcher Grundlage die Anforderung der Verschmelzung der Laryngologie und Otologie in den Ausführungen eines berufenen Vertreters sachlich beruht. Ich habe meine eigenen Ansichten über die Frage der inneren Zusammengehörigkeit der beiden Specialitäten in dem Leitartikel dieser Nummer des Centralblatts ausführlich entwickelt und brauche daher die Gegensätze zwischen den Anschauungen des Verf.'s und den meinigen nicht eingehend zu besprechen. Nur das eine muss ich hervorheben, dass ich das Werk mit dem bestem Willen zur Hand nahm, über die in der Vorrede für so durchaus erforderlich erklärte Verbindung beider Specialitäten mich eines Besseren belehren zu lassen, dass ich aber nach Lectüre des ganzen Werkes und speciell nach dem Studium der Abschnitte über die Beziehungen der obersten Luftwege zu den Ohren und über die Betheiligung der Ohren an den verschiedenen Krankheiten der Athmungsorgane keine Veranlassung gesehen habe, die Auffassung, der ich im Leitartikel dieser Nummer Ausdruck verliehen habe, zu ändern. Mit genau derselben Berechtigung hätten meines Erachtens nach die Beziehungen der Augen zum Organismus und die Bedeutung ihrer Krankheiten für die allgemeine Medicin eine gleichwerthige Stellung in dem Werke des Verf.'s einnehmen können, wie die der Ohren. Steht doch schliesslich alles im menschlichen Körper in Wechselwirkung. Wo will man aber aufhören, den Rahmen solcher Aufgaben immer weiter auszudehnen, wenn man einmal ohne wirklich zwingende innere Nothwendigkeit die wohl genug characterisirten Grenzen der einzelnen Specialfächer verwischt?

Was die Einzelheiten des Werkes anbelangt, so ist es im Rahmen einer kurzen Besprechung nicht möglich, auf dieselben näher einzugehen. Das Friedrich'sche Buch behandelt schlechtweg alles, was den Laryngologen in seinen Beziehungen zur Gesammtwissenschaft interessiren kann. Dass man dabei ebenso auf Punkte stösst, in denen die Auffassung des Verfassers sich durchaus mit der eigenen deckt, wie auf solche, in denen die beiderseitigen Ansichten beträchtlich auseinandergehen, ist selbstverständlich, und es würde wenig Zweck haben, Details dieser Art besonders hervorzuheben. Nur ein kleines Bedenken allgemeiner Art kann ich nicht ganz unterdrücken. Der Verf. hat, was ich im höchsten Grade würdige und schätze, überall den Muth seiner eigenen Meinung. Er begnügt sich nicht damit, einfach widerstreitende Ansichten einander gegenüberzustellen, sondern sagt gewöhnlich zum Schlusse, was er selbst über die be-

treffende Frage denkt und giebt die Gründe für seine Meinung an. Das ist gewiss dankbar anzuerkennen und es wäre nur zu wünschen gewesen, dass er diesem Princip durchgehends treu geblieben wäre. Handelt es sich nämlich um noch völlig offene Fragen, so muss meiner Meinung nach in einem Werke vom Character des Vorliegenden dies zunächst nachdrücklichst betont werden. Entscheidet sich aber der Verfasser für eine der streitenden Auffassungen, ohne ausdrücklich zu bemerken, dass derselben eine andere niemals als unrichtig erwiesene gegenüber stehe, so geräth er — und zwar um so leichter, je ruhiger, objectiver und anscheinend einfach historisch berichtend seine Schreibweise ist — in die Gefahr, bei denjenigen Lesern, die mit der betreffenden Frage nicht durch eigenes Studium vertraut sind, die Vorstellung zu erwecken, dass es sich hier um eine vollständig erledigte Frage handele, über welche allseitige Uebereinstimmung erzielt sei. Das kann, wie ich aus eigener Erfahrung weiss, wenige Jahre später zu den bedauerlichsten historischen Fehlern Veranlassung geben.

Einige praktische Beispiele mögen erläutern, was ich meine. So giebt der Verf. z. B. an (S. 33), dass man bei Kehlkopfcarcinom „fast regelmässig" unter den Symptomen Schmerzen finde, die nach den Ohren ausstrahlen . . . ; er citirt als Gewährsmann Fauvel, hat aber wohl übersehen, dass die Erfahrungen Anderer von den Fauvel'schen Angaben abweichen (vergl. Sammelforschung d. Centralbl. V, 371). So behauptet er (S. 56), dass die Entzündungen der Stirnhöhle „mindestens ebenso häufig" seien, als die Oberkieferhöhlenempyeme, ohne für diese gewiss überraschende Behauptung irgend welche statistische Behauptungen hervorzubringen. So meint er (S. 82), dass Kassowitz mit seiner Theorie, dass eine entzündliche Hyperaemie der rachitisch erkrankten Schädelknochen von den corticalen Centren aus den Glottiskrampf auslöse, nicht überzeugen könne, unterlässt aber zu bemerken, dass die Vereinigung der „carpopedalen" Contractionen mit dem Kehlkopfkrampf in schweren Fällen des letztgenannten Leidens ein vollständiges Analogon zu der experimentellen Beobachtung darstellt, dass in Fällen fortgesetzter oder zu starker electrischer Reizung der corticalen Kehlkopfcentren sich dem Glottisschluss tonische Krämpfe der Extremitäten des Thieres zugesellen, ein gewiss naheliegender Anhaltspunkt dafür, dass wenigstens in einer Reihe von Fällen eine directe Rindenreizung — sei es entzündlicher, mechanischer, anämischer Art etc. — die Veranlassung der laryngospastischen Erscheinungen bildet. So versucht er (S. 250), „die Thatsache der früheren Erlahmung der Oeffner des Kehlkopfes" dadurch zu erklären, dass wir es mit zwei Arten von Nerven „im Recurrens" zu thun haben, mit centripetal und centrifugal leitenden; die den Reflextonus vermittelnden centripetal leitenden seien für den Posticus, die centrifugal leitenden reinen Muskelnerven seien für die Adductoren. Aus dem physiologischen Gesetz über das frühere Absterben der Erregbarkeit der centripetal leitenden Nerven liesse sich das frühere und isolirte Auftreten der Posticuslähmung am ungezwungensten erklären. Diese Erklärung setzt selbstverständlich als Thatsache voraus, dass im Recurrens centripetal leitende Fasern existiren. Weit entfernt davon, dass dieses eine gesicherte Thatsache sei, wird aber die Existenz centripetal leitender Fasern im Recurrens nicht nur von vielen zuverlässigen Ex-

perimentatoren bestritten, sondern findet vor allen Dingen in den Erfahrungen der Klinik ganz und gar keinen Anhaltspunkt.

Die genannten kleinen Ausstellungen, deren Zahl sich vermehren liesse, thun meinem Urtheil über den Werth des Buches natürlich keinen Abbruch. Vielleicht erkennt der Verf. die Berechtigung derselben an und schenkt dem genannten Punkte bei der hoffentlich bald erforderlichen zweiten Auflage einige Beachtung.

Felix Semon.

---

b) Prof. Dr. **G. Cornet** (Berlin). **Die Tuberculose.** Alfred Hölder. Wien 1899.

Cornet's gross angelegtes und umfangreiches Buch über die Tuberculose, das einen Theil des Nothnagel'schen Sammelwerkes der speciellen Pathologie und Therapie bildet, ist in 2 grosse Abschnitte getheilt, deren erster der Aetiologie der Tuberculose, deren zweiter der Lungentuberculose gewidmet ist.

Der erste Abschnitt, der nach einem kurzen historischen Ueberblick die Capitel „der Tuberkelbacillus“, „Infectiosität (Contagiosität)“, „Heredität“ und „Disposition“ enthält, ist mit besonderer Sorgfalt und in breitester Ausführung abgehandelt. Cornet steht im Grossen und Ganzen auf seinem von früher bekannten Standpunkt, der vielleicht nicht immer richtig, zum mindesten etwas einseitig ist, in seiner praktischen Brauchbarkeit aber doch vorläufig von keinem anderen übertroffen ist. Der Tuberkelbacillus ist nicht ubiquitär; er kommt nur in der Umgebung tuberculös Erkrankter vor. Das hauptsächlichste Mittel der Verbreitung der Krankheit ist das von Lungenschwindsüchtigen entleerte Sputum, das eintrocknet und zerstäubt. Daneben hat die Infection durch tuberkelbacillenhaltige Nahrung, in erster Linie durch Milch, weniger durch das Fleisch kranker Thiere, noch einige Bedeutung, obschon sie hinter der erstgenannten Infectionsquelle weit zurücksteht. Alle anderen Infectionsmöglichkeiten aber — so beispielsweise die von Flügge betonte Infection durch die Exspirationsluft der Phthisiker, der sich namentlich beim Husten feinste Tröpfchen beigesellen, in denen Bacillen suspendirt sind (sog. Tröpfcheninfection) — sind nach Cornet nahezu bedeutungslos. Auch die Heredität spielt keine wesentliche Rolle. Die Vererbung von Seiten des Vaters durch germinative Uebertragung des Krankheitskeimes entbehrt jeder positiven Grundlage; die placentare Uebertragung von Seiten der Mutter ist zweifellos möglich, tritt aber nur ausserordentlich selten und unter ganz besonderen Umständen ein. Ein maassgebender Einfluss auf die Entwicklung und Verbreitung der Tuberculose kommt auch der hereditären Disposition nicht zu. Die sogen. Disposition ist oft nur eine Exposition; die Kinder der tuberculösen Eltern sind der Infection besonders exponirt.

Im Capitel 4 (Infectionswege) sind verschiedene Punkte besprochen, die ein specielleres laryngologisches Interesse haben, so die Frage der Beziehungen der adenoiden Vegetationen zur Tuberculose (S. 116), die Frage der Infection des Larynx (S. 128 u. ff.) u. a. m.

Der zweite Abschnitt des Werkes behandelt sehr gründlich die pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Lungentuberculose. Der Tuberculose der obersten Luftwege ist nur wenig Raum eingeräumt; der Tuberculose des Kehlkopfs wird unter den Complicationen ganz kurz gedacht, der Behandlung der Kehlkopfbeschwerden in der Abtheilung: Symptomatische Behandlung gerade eine Seite gewidmet. Nach der ganzen Anlage des Cornet-schen Werkes konnte dies kaum anders sein und wir erwähnen es auch nicht als Vorwurf für das Werk, dessen Fleiss und Gründlichkeit vielmehr durchaus anzuerkennen sind. Nur soll dem laryngologischen Leser gesagt sein, dass er Cornet's Werk nicht etwa zur Bereicherung seiner Specialkenntnisse zur Hand nehmen soll. Aber der Halsarzt muss die Tuberculose im Allgemeinen und die Lungentuberculose ebenso gut kennen, wie die specielleren Erscheinungen der Halstuberculose. Mit dem Kehlkopfspiegel allein kann er die Larynxphthise nicht einmal immer diagnosticiren, gewiss aber nicht in ihrer Bedeutung würdigen und ihren Behandlungsplan entwerfen.

Das Wort des Meisters: „dass keine Specialität gedeihen kann, welche sich gänzlich loslöst von dem Gesammtkörper der Wissenschaft, dass keine Specialität wirksam und segensreich sich entwickeln kann, wenn sie nicht immer von Neuem schöpft aus dem gemeinsamen Born", das dem Centralblatt immer ein Leitsatz gewesen ist, bewährt sich nirgends mehr, wie auf dem Gebiete der Tuberculose. Und deshalb glaubten wir, das Studium des Cornet'schen Werkes auch den engeren Fachgenossen und in diesem Blatte empfehlen zu sollen.

F. Klemperer (Strassburg i. E.).

---

c) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 11. Mai 1898.

Vorsitzender: H. T. Butlin.

H. B. Robinson: Carcinom des Kehlkopfs im Anschluss an Kehlkopftuberculose.

36jährige Patientin, die seit 1885 wegen Halsbeschwerden im Krankenhaus behandelt wird. Anhaltende Aphonie besteht seit 1893. Im Jahre 1896 stellte Semon die Diagnose auf Kehlkopftuberculose. Anfang 1897 wurde die Tracheotomie nothwendig wegen zunehmender Dyspnoe; nach derselben Besserung des Allgemeinzustandes. Im December 1897 trat eine Schwellung rechts am Halse auf, die Ränder der Tracheotomiewunde wucherten hervor und der subglottische Raum füllte sich mit einer Neubildung. Die mikroskopische Untersuchung von Stückchen derselben zeigte, dass es sich um ein nicht verhornendes Epitheliom handelt. Auf der Brust finden sich über beiden Spitzen Höhlensymptome. In der Familien-Anamnese sind Tuberculose und Krebs vorhanden.

H. B. Robinson: Ein Fall von fast vollständiger Fixation der Stimmbänder durch syphilitische Processe, doppelseitige Abductorenparalyse vortäuschend.

Vorstellung der 50jährigen Patientin, die im Jahre 1886 wegen secundärer Syphilis des Kehlkopfs behandelt worden war. Seither bestanden fortwährend mehr oder weniger ausgesprochene Halssymptome. Im Februar 1898 machte die Pat. eine Influenza durch, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand erheblich angriff. Im April war starke Dyspnoe bemerkbar. Die Untersuchung des Kehlkopfs zeigte normale Stellung der Stimmbänder bei der Exspiration und Adduction bei der Phonation. Bei der Inspiration traten die Stimmbänder dicht zu einander mit Ausnahme ihrer hinteren Enden. Das linke Stimmband schien ein wenig höher zu stehen als das rechte. Eine Schwellung war nicht vorhanden. Von einer Erkrankung im Thorax oder einer centralen Störung war nichts zu constatiren. Jodkali wurde gegeben, verursachte aber starke Störungen und musste wieder ausgesetzt werden. Mit dem Verschwinden des Catarrhs besserte sich die Dyspnoe. War der Zustand durch eine nervöse Affection oder durch syphilitische Infiltration der Arytaenoidgelenke bedingt?

Cresswell Baber: Kirstein's Autoscop.

Demonstration und Beschreibung der neuen Form des Kirstein'schen Spatels.

Pegler: Ein Fall von maligner Erkrankung des Kehlkopfs und der Speiseröhre.

Ein Fall von ausgedehntem Epitheliom der Speiseröhre mit Durchbruch secundärer Knoten in den Larynx. Ein sehr starke Secretion wässeriger Flüssigkeit verursachte erhebliche Beschwerden.

Spencer empfiehlt Atropin zur Herabsetzung des Secretion.

Dundas Grant: Recidivirende multiple Papillome des Kehlkopfs.

20jährige Patientin, bei der wiederholt mit der Zange Kehlkopfpapillome entfernt worden sind. Es traten immer von neuem Recidive auf und Pinselungen mit Chlorzink, Alkohol, Thujatinctur und Eisenchlorid vermochten dem Wiederwachsen nicht Einhalt zu thun. Vor 18 Monaten wurde mit der Application alkoholischer Lösungen von Salicylsäure (1—10 pCt.) begonnen. Die Applicationen wurden mittelst Wattetampons gemacht und fanden täglich statt. Die Reste der Tumoren schrumpften und Recidive sind seither ausgeblieben.

Dundas Grant: Knötchenförmige Anhäufung von Secreten an den Stimmbändern eines Sängers. Beginnende Sängerknötchen?

Der 21jährige Patient ist Gesangsschüler und klagt, dass das Timbre seiner Stimme nachgelassen hat. Wenn man das Secret vom Stimmband fortwischt, sieht man eine ganz kleine spitze Hervorragung an der betreffenden Stelle des einen Stimmbands.

Bennett vermag nichts Pathologisches zu sehen.

Dundas Grant: Ein Fall von sigmatischer Dyslalie.

Vorstellung einer 30jährigen Frau; dieselbe vermag den Buchstaben s nicht auszusprechen und ersetzt ihn stets durch ein k. Es wurde das Vorhandensein einer Gaumenspalte vermuthet, die Untersuchung zeigte aber nur eine geringe Schwellung der Nasenmuscheln und eine Parese des Velums. Cocainisirung der Nase und Zuklemmen des Naseneingangs erleichterte die Bildung des fehlenden S-Lautes; bei Vorstellen des Unterkiefers gelang derselbe noch leichter.

Sharman: Gestieltes Papillom der linken Tonsille mit gestieltem Papillom des linken hinteren Gaumenbogens.

Vorstellung des Falles. S. macht auf den Umstand besonders aufmerksam, dass der eine Tumor, eine gestielte Geschwulst von Erbsengrösse, direct von der freien Oberfläche der Mandel entspringt und nicht aus der Plica triangularis herauskommt.

Thorne u. Hill: Patient mit Kehlkopflähmung (vorgestellt in der März-Sitzung), der neuerdings mehrere epileptiforme und Schwindel-Anfälle mit laryngealen Krampf- und Reizerscheinungen hatte.

38jähriger Mann mit doppelseitiger Kehlkopflähmung unbekannten Ursprungs. Im vergangenen Monat hatte der Patient 6mal Anfälle von Bewusstlosigkeit, die 2—6 Minuten dauerten. Beim ersten Mal ist der Patient umgefallen und mit dem Kopfe aufgeschlagen. Jedesmal ging dem Anfall ein Gefühl von Zusammenschnürung im Halse voraus „mit inspiratorischen stridulösen Geräuschen und Hustenstössen". Wiederholt war die Abduction der Stimmbänder so schwach und die Dyspnoe so stark, dass die Frage der Tracheotomie ventilirt wurde. Zeichen von Tabes oder einer Erkrankung im Thorax sind nicht vorhanden.

Beale wirft die Frage auf, ob die infantile Gestalt der Epiglottis, die der Patient zeigt, nichts mit dem Stridor zu thun hat.

Law: Fall von Rachenmykose.

Der Fall betrifft eine junge Dame, die in vorzüglichem Gesundheitszustand ist und vollkommen gesunde Zähne hat. Die Stimme war nicht übermässig angestrengt worden. L. sah die Patientin zum ersten Male im December 1897; sie klagte über Halsweh, ein Gefühl von Rauhigkeit und manchmal von Trockenheit, das besonders beim Schlucken lästig war. Bisweilen hatte sie einen unangenehmen Geschmack im Munde, doch niemals Geruch. Eine Reizung im Halse bemerkte sie zum ersten Male im November 1897, nach einem vorübergehenden Verlust der Stimme im Anschluss an eine lange Radtour. Ihr Arzt bemerkte damals weisse Flecke und Hervorragungen auf den Mandeln und entfernte dieselben. Sie kehrten aber sehr rasch wieder. Im December fand L. die Mandeln vergrössert und mit zahlreichen weissen Fleckchen von verschiedener Grösse und Gestalt bedeckt. Zwischen den Tonsillen und den vorderen Gaumenbögen sind ebenfalls zahlreiche weisse Stellen vorhanden; dieselben sehen fast wie Reihen

kleiner Zähne aus. Die Zungentonsille ist gross und über und über mit länglichen weissen Pfröpfen bedeckt, die namentlich an den Seiten zahlreich stehen. Ein paar solcher weissen Punkte sind auch in der Rosenmüller'schen Grube und an der hinteren Lippe des linken Tubeneingangs zu sehen; 3 oder 4 sitzen an der hinteren Rachenwand.

Der Galvanokauter ist wiederholt angewandt worden nach vorheriger Curettirung der festsitzenden Pfröpfe. Ein Erfolg ist damit ebensowenig erzielt worden, wie mit antiseptischen Gurgelungen, allgemeinen Tonicis und anderen versuchten Mitteln. Auch die Entfernung des Patienten aus seiner ungesunden Wohnung und ein 10wöchentlicher Aufenthalt an der See brachten keine Veränderung. In den letzten Wochen aber, in denen jede Behandlung ausgesetzt war, ist eine entschiedene Besserung eingetreten.

Tilley empfiehlt das Auswischen der erkrankten Crypten mit einer starken Lösung von Salicylsäure in Alkohol (1 : 4); natürlich muss man mit einem so starken Agens vorsichtig sein. Er hat das Mittel in 2 Fällen angewandt und muss vorläufig die rapide Besserung, die er beobachtete, auf dasselbe beziehen.

Grant erzielte mit der Salicylsäure Erfolg bei pachydermischer Laryngitis.

Hill erblickt einen Zusammenhang zwischen der keratinösen Natur des Leidens und dem Nutzen der Salicylsäure.

Law hat die Tonsillen selbst nicht vor der Cauterisation entfernt. Was die von Kelly in seiner werthvollen Arbeit beschriebene Keratosis pharyngis anbelangt, so ergab die Untersuchung eines von der Tonsille abgekniffenen kleinen Fragments, dass die Crypten mit keratinisirtem Epithel gefüllt sind.

Symonds: Syphilitische Ulceration mit Perichondritis des Larynx.

Vorstellung des Kranken.

Symonds: Gestieltes Fibrom des Stimmbandes.

Krankengeschichte und Demonstration.

Agar: Stirnhöhlenerkrankung.

27jähriger Mann mit Rhinitis hypertrophica; klagt seit 1 Jahr über Schmerzen und ein Gefühl von Kälte in dem unteren und mittleren Theil der Stirn. Wegen Verdacht auf Periostitis syphilitica war eine specifische Behandlung eingeleitet worden; dieselbe hatte aber keinen Erfolg. Redner befragt die Versammlung darüber, ob sie eine Exploration der Stirnhöhle auf Vorhandensein einer Exostose für angebracht hält oder die intranasalen Hypertrophien energischer zu behandeln räth. Der Patient ist offenbar in schwer leidendem Zustand. Redner nimmt an, dass es sich um eine exhaustive Sinusitis handelt.

Baber findet keinen Hinweis auf Sinusitis.

Hill meint, dass eine exhaustive Sinusitis vorliegt und dass eine frontale Operation nicht nöthig ist.

Lake: Präparate einer mittelst der galvanokaustischen Schlinge entfernten tuberculösen Epiglottis.

Die Epiglottis wurde resecirt theils wegen ihrer ausserordentlich starken Vascularisation, theils wegen ihrer stark horizontalen Stellung, die eine Besichtigung und Behandlung des Kehlkopfes unmöglich machte. Die Blutung nach der Operation war unerheblich, die Dysphagie war sofort gebessert. Tuberkelbacillen sind nur spärlich in den Präparaten zu sehen, in manchen Schnitten fehlen sie ganz.

Lawrence (für Butlin): Ein Fall von subglottischer Schwellung.

Vorstellung eines 55jährigen Mannes, der subglottisch beiderseits eine erhebliche röthliche Schwellung zeigt, welche den Eingang in die Trachea stark verengt. Ueber Störungen im Halse klagt der Patient seit etwa 18 Monaten; ein etwas unbestimmter Anfall von Kurzathmigkeit ist im Sommer 1897 aufgetreten; seither bestehen auch Heiserkeit und Athembeschwerden. Ein gewisser Schmerz, der nach dem linken Ohr ausstrahlt, ist vorhanden; der allgemeine Gesundheitszustand aber ist gut. Beide Stimmbänder sehen weiss aus; die Beweglichkeit des rechten ist beschränkt.

Spencer stellt die Diagnose auf maligne Erkrankung mit geringer Betheiligung der Halsdrüsen. Semon und Butlin konnten sich für die Diagnose einer Neubildung nicht entscheiden und nehmen eine Perichondritis bei chronischer Entzündung an.

Bennett: Parese des rechten Stimmbandes.

45jähriger Mann; in der Anamnese nichts von Syphilis nachweisbar. Der Kranke klagte über ein Gefühl von Schwäche im Halse zuerst im Jahre 1895. Im Mai 1896 waren die Bewegungen des rechten Stimmbandes unregelmässig; während derselben Untersuchung blieb dasselbe manchmal bei der Inspiration stationär, dann wieder bewegte es sich, wenn auch etwas träger als das linke. Ueber der rechten Lungenspitze sind einige Rhonchi sibillantes zu hören. Im Juni 1896 stand das rechte Stimmband ganz still.

Es wurde eine Zeit lang Jodkali gegeben und vor Ende des Jahres war die Auswärtsbewegung des rechten Stimmbandes wieder vollkommen, wenn auch etwas träge. Auch während dieser Zeit aber wurde ein Wechsel in der Activität der Muskeln während ein und derselben Untersuchung bemerkt.

1897 fühlte sich der Patient vollständig wohl. Vor kurzem war das Stimmband wieder feststehend gefunden worden; jetzt aber ist dies wieder vorüber. Von einer Geschwulst im Thorax ist nichts nachweisbar.

Sitzung vom 8. Juni 1898.

Vorsitzender: H. T. Butlin.

Permewan: Geschwulst der Speiseröhre exstirpirt mittelst Pharyngotomia subhyoidea.

Demonstration eines gutartigen Tumors, den P. mittelst der angegebenen



Methode mit Leichtigkeit exstirpirt hat. Der Patient indessen starb am 10. Tage an septischer Pneumonie, 3 Tage nach Entfernung der Tracheotomiecanüle. P. glaubt, dass die Geneigtheit dieser Fälle zum unglücklichen Ausgang vermindert würde, wenn man die Wunde offen liesse. In den Fällen von Halsdurchschneidung kommen doch septische Symptome selten zur Entwicklung, was Redner darauf zurückführt, dass dieselben gewöhnlich durch Granulation heilen.

Symonds erklärt die Mortalität dieser Fälle durch die Infection des lockeren Bindegewebes. Er empfiehlt, nach Vernähung der Schleimhaut die Wundhöhle mit Gaze auszustopfen.

Lake: Tuberculöses Geschwür des Septum nasi.

Demonstration eines Geschwürs der Nasenscheidewand bei einem phthisischen Patienten.

St. Clair Thomson zweifelt an der tuberculösen Natur des Ulcus.

Bond fragt, ob den Mitgliedern der Gesellschaft das Einsetzen allgemeiner Tuberculose nach Entfernung kleiner tuberculöser Tumoren begegnet ist.

Lake erwidert, dass Clark über diesen Punkt Nachforschungen angestellt hat und zu dem Resultate gekommen ist, dass ein derartiges Zusammentreffen keineswegs etwas gewöhnliches ist.

Watson Williams ist nach seinen Erfahrungen derselben Ansicht.

Lake: Tuberculom des rechten Stimmbandes.

Die Geschwulst ist durch ein paar Milchsäureapplicationen in ihrem Umfang erheblich verkleinert worden.

Lake: Ein geheilter Fall von Kehlkopftuberculose.

Vorstellung des 35jährigen Patienten. Die Behandlung bestand in täglicher intrachealer Injection einer Lösung von 3proc. Naphthalen und $1/2$ proc. Cinnamomöl in Parolen. Ein Geschwür, das die vorderen Partien beider Stimmbänder und einen Theil des Ringknorpels eingenommen hatte, ist verheilt.

Charters Symonds: Epitheliom der Epiglottis.

Vorstellung eines 65jährigen Mannes mit ausgebreitetem Epitheliom an der Basis der Epiglottis und der Zunge und mit grossen secundären Knoten am Halse. Die Drüsenanschwellung hat der Patient 2 Monate, bevor er Dysphagie wahrnahm, bemerkt.

Bond hat das Eintreten der Symptome in dieser Reihenfolge öfter beobachtet.

Waggett empfiehlt gegen die Dysphagie in solchen Fällen Einblasungen von Orthoform.

Herbert Tilley hatte grossen Nutzen von diesem Mittel in einem Falle von tuberculöser Ulceration.

Lake hebt hervor, dass das Orthoform nur wirkt, wenn eine Läsion der Oberfläche vorhanden ist.



Dundas Grant: Abtragung eines kleinen Fibroms des Stimmbands bei übermässig zurückgebogener Epiglottis.

Bei der Configuration der Epiglottis waren die Stimmbänder nur mit der grössten Schwierigkeit zu sehen. G. führte seine eigene geschützte Zange à l'aveugle ein und entfernte beim ersten Versuch ein Stück vom gesunden Taschenband; beim zweiten hatte er mehr Erfolg und fasste die Neubildung.

H. Tilley hat einen ganz ähnlichen Fall in Beobachtung, bei dem er einen Einblick in den Kehlkopf nur unter Vorziehen der Epiglottis erreichen kann. Es gelang ihm in seinem Falle ebenfalls mit der Grant'schen Zange, einen Theil des Tumors zu exstirpiren. Er stellt die Frage auf, ob in solchen Fällen von Complication benigner Geschwülste mit einer derartigen Deformität des Kehlkopfs nicht die Laryngofissur gerechtfertigt ist. Er hält dieselbe für rathsam in manchen Fällen von Tuberculose in frühem Stadium.

Bond hat die Laryngofissur wegen Tuberculose zweimal gemacht, in einem Falle mit Erfolg.

St. Clair Thomson ist der Meinung, dass eine Laryngofissur wegen benigner Neubildung auf alle Fälle nur sehr selten in Frage kommen kann. Massei hat gegen dieselbe stark protestirt, weil sie nie ganz frei von Gefahr ist und oft der Stimme Schaden bringt.

Symonds giebt zu, dass die Geschicklichkeit des Operateurs in diesen Fällen eine grosse Rolle spielt; bei der Laryngofissur aber ist eine Schädigung der Stimmbänder auch von der geschicktesten Hand nicht mit Sicherheit zu vermeiden und wenn man noch so vollkommen die Ränder des durchschnittenen Knorpels aneinanderfügt, so ist doch eine vollständige Wiederherstellung der Stimmbandstellung damit nicht gewährleistet. Er hat eine Operation von aussen her in 2 Fällen von Tuberculose gemacht, beidemal mit sehr ungünstigem Resultat für den Patienten.

Waggett sagt, dass man auch die Möglichkeit der Bildung von Granulationen an der hinteren Fläche der Wunde nicht vergessen dürfte. Solche Granulationen können functionell ebenso störend wirken, wie die ursprüngliche Neubildung.

Permewan ist auch der Ansicht, dass wegen der Schwierigkeit des Aneinanderpassens der Theile und wegen der Gefahr der Granulationsbildung die Laryngofissur bei benignen Geschwülsten nicht gerechtfertigt ist. Doch glaubt er, dass diese Operation bei Tuberculose eine Zukunft hat.

Dundas Grant empfiehlt Geduld im Gebrauche der endolaryngealen Instrumente bei derartigen Fällen von gutartigem Kehlkopftumor.

Jobson Horne: Mikroskopische Präparate einer Neubildung des Kehlkopfventrikels.

H. legt verticale Schnitte durch die rechte Hälfte eines Kehlkopfs vor, an denen die Topographie und Natur einer aus dem Ventrikel zungenartig heraushängenden Neubildung zu erkennen ist (Wiedergabe der Mikrophotogramme in



dem Verhandlungsbericht). Diese Geschwulst wäre intra vitam sicherlich als ein Prolapsus ventriculi, als Hernie oder Fibrom des Ventrikels bezeichnet worden. Der Tumor, der mit Cylinderepithel umkleidet ist, setzt sich aus einem Gewebe zusammen, das dem des benachbarten Taschenbandes sehr ähnlich ist. Als Ganzes genommen, erscheint die Geschwulst geradezu als ein Duplicat des Taschenbandes. Ob irgend welche Symptome intra vitam bestanden, vermag H. nicht zu sagen. Als er zur Nachforschung nach Frühstadien von Tuberculose Schnitte durch den Kehlkopf anfertigte, hat er öfter kleine Excrescenzen am Ventrikelgrunde hervorragen gesehen.

Watson Williams: Kehlkopfzange.

W. demonstrirt ein Instrument, dessen Handgriff von den bisherigen Zangen abweichend construirt ist.

Lawrence: Papillom der Uvula.

Vorstellung des Falles.

Pegler: Dislocation des knorpligen Septums.

Eine Septumdeformität, die Nasenverstopfung und äusserliche Entstellung verursacht. Die ursprüngliche Ursache war ein Schlag mit einem Cricketball, der von unten her die Nase traf; von anderer Seite sind wiederholt äussere Operationen an dem Falle vorgenommen worden. Der Knorpel schien in 2 Lamellen gespalten, die man bei Einführen eines Fingers in jede Nasenseite zusammendrücken kann; lässt der Druck nach, so kehrt die Verstopfung der Nase sofort wieder.

St. Clair-Thomson ist gegen eine äussere Operation in derartigen Fällen, da die Deformität mehr auf narbige Retraction als auf den Mangel an Stütze auf das Septum zurückzuführen ist. Er hat erst kürzlich in einem solchen Falle den Knorpel wieder in seine perpendiculäre Stellung gebracht, damit aber die Sattelnasenform in nichts verbessert. Er empfiehlt vielmehr, in der Nacht Hohlschienen tragen zu lassen.

Dundas Grant empfiehlt eine äussere Operation mit Abtragung der prominenten Theile der Knochen.

Permevan räth, den obstruirenden Theil des Knorpels abzutragen, ohne weitere Rücksichtnahme auf die präcise anatomische Stellung desselben.

Snell: Tuberculöse Laryngitis.

Der Fall betrifft eine junge Frau mit tuberculöser Familiengeschichte und Cavernensymptomen über der rechten oberen Lunge. Heiserkeit besteht seit 12 Monaten. Zuerst sah man in der Regio interarytaenoidea eine papillomatöse Masse; später trat auch eine Infiltration der Ligg. ary-epiglottica und der Taschenbänder, sowie eine Ulceration auf dem rechten Stimmbande ein. Dieses Erscheinen der initialen Läsion im Interarytaenoidraum ist ein bemerkenswerther Punkt.

St. Clair-Thomson stimmt der Diagnose zu.

Betham Robinson: Diagnostisch zweifelhafter Tumor des rechten Stimmbandes.

38jähriger Mann, bei dem 1893 ein Tumor am Stimmbande entdeckt wurde. Derselbe wurde mehrmals geätzt und angeblich geheilt. R. sah den Patienten im Mai 1898 und fand eine erbsengrosse gestielte Geschwulst, die vom Stimmbandrande, etwas vor der Mitte desselben entsprang. Dieselbe war von weisser Farbe und convexer Oberfläche. Das Gewebe um die Basis des Tumors war infiltrirt, das Stimmband erschien im übrigen aber intact. Die Familien-Anamnese ergiebt tuberculöse Belastung, am Hals sind auch einige Narben zu sehen, die Lungen aber sind frei.

St. Clair-Thomson neigt nach dem Sitz und dem Aussehen des Tumors der Diagnose auf maligne Geschwulst zu.

Jobson Horne sieht in der Lage des Tumors nichts Typisches für Pachydermia verrucosa.

Symonds giebt zu, dass kein typischer Fall vorliegt, findet aber im Aussehen und Charakter der Geschwulst doch vieles, was für Pachydermie spricht.

Dundas Grant räth die Entfernung des Tumors zu diagnostischen Zwecken.

Bond: Schluckbeschwerden bei einem Kinde.

10 Monate altes Mädchen, das stets grosse Mühe beim Schlucken hatte; Flüssigkeit wird erst nach wiederholten Anstrengungen geschluckt. Für eine überstandene Diphtherie ist in der Anamnese kein Anhaltspunkt zu finden und auch sonst ist eine Ursache für die Dysphagie nicht zu ermitteln.

Jobson Horne: Tuberculose des Kehlkopfes und Schlundes.

Vorstellung eines Patienten mit sehr ausgebreiteter tuberculöser Infiltration und Ulceration des Kehlkopfes und Schlundes. Die Epiglottis wurde mit der Curette und Milchsäure behandelt und die Dysphagie ist dadurch sehr gebessert worden. Jetzt sind auch der Gaumen und die Mandeln afficirt. H. erbittet Rath bezüglich der weiteren Behandlung.

E. B. Waggett.

---

d) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Versammlung vom 22. Juli 1898.

Vorsitzender: Dr. Dundas Grant.

(Journal of Laryngology. October 1898.)

Furniss Potter: Pachydermia laryngis.

Der 27jährige Pat. klagt über Nasenstörungen. Redner weist auf das Alter des Patienten hin, sowie auf das Fehlen von Alkoholismus, Rauchen und auch von Stimmüberanstrengung in der Anamnese.



Furniss Potter: Rachenmykose.

Die Oberfläche der Mandeln und des Rachens ist bedeckt mit kleinen gelblich-weissen Flecken, die aus Leptothrixfäden und Epithelzellen bestehen.

Grant stimmt der Diagnose zu.

Furniss Potter: Postdiphtheritische (?) Parese der rechten Hälfte des weichen Gaumens und des rechten Stimmbandabductors.

Die Anamnese ergiebt, dass vor 6 Monaten eine nicht ganz aufgeklärte Halserkrankung bestand und seither die Heiserkeit vorhanden ist. Die Stimmbänder schliessen bei der Phonation nicht ganz und das rechte wird bei tiefer Inspiration nicht so gut, wie das linke abducirt. Die Kniereflexe sind normal.

Grant stellt fest, dass die Zunge gegen die linke Backe mit geringerer Kraft gedrängt wird als gegen die rechte. Er hält eine Affection des Accessorius- und des Hypoglossuskernes für wahrscheinlich.

George Stoker: Lupus und Ulcus rodens behandelt mittelst Einimpfung von Culturen von Staphylococcus pyogenes aureus, die zuvor der Wirkung von Oxygen ausgesetzt wurden.

Redner glaubt, dass durch den Einfluss des Oxygens auf die Kokkenculturen ein Antitoxin erzeugt wird.

Dundas Grant: Ein Fall von Rhinosklerom.

St. George Reid demonstrirt Kapselbacillen, die von diesem Fall stammen.

Davison (Bournemouth): Pseudophthisis durch Nasenpolypen.

Vorstellung des Patienten.

Wyatt Wingrave: Kehlkopfgeschwulst mit mikroskopischer Untersuchung (Fibromyxom).

35jähriger Mann, seit 3 Jahren heiser. An der Oberfläche des rechten Stimmbandes im vorderen Drittel sass eine erbsengrosse, gestielte, durchscheinende Geschwulst. Dieselbe ist exstirpirt worden; ein Anfang von Recidiv ist an der betreffenden Stelle sichtbar.

Mikroskopisch: Spindel- und Rundzellen in einem schleimigen Grundgewebe, darum eine Decke von Cylinderepithel. Stellenweise Zeichen activen Wachsthums.

Bark (Liverpool) hält den Tumor nach den Präparaten für ein weiches Fibrom.

Pegler: Partielle Infiltration der Stimmbänder mit gestieltem Tumor an der vorderen Commissur.

Die Diagnose des Falles ist zweifelhaft.

Pegler: Beiderseitige erectile Geschwülste des Septums mit Ethmoidalerkrankung und Polypen.

P. legt Präparate von dem Falle vor.



Wingrave deutet dieselben nur als übertriebenes Wachsthum normalen Gewebes.

Middlemas Hunt: Ein Fall, der die Wirkung der Beseitigung nasaler Verstopfung auf das Wachsthum und die Entwicklung illustrirt.

17jähriges, junges Mädchen, das an ausgesprochener Verstopfung der Nase durch Polypen litt und früher stets anämisch und kränklich war. Zur Zeit der Operation des Polypen maass die Patientin 5 Fuss 2 Zoll und wog 6 Stein 12 Pfund. Sieben Monate nach der Freilegung der Nasenpassage betrug ihre Länge 5 Fuss 6 Zoll, ihr Gewicht 9 Stein $10^1/_2$ Pfund. Sie hatte also in 7 Monaten $3^1/_2$ Zoll und 42 Pfund zugenommen.

Middlemas Hunt: Thyrotomie wegen maligner Erkrankung bei einem Manne von über 80 Jahren.

Der Patient litt seit etwa 4 Monaten an zunehmender Heiserkeit; sein allgemeiner Gesundheitszustand war ein guter. Im vorderen Theil des Larynx sah man eine grosse, blasse, weissröthliche, an der Oberfläche ulcerirte Geschwulst. Mit Rücksicht auf das Alter des Patienten wurde die Tracheotomie 5 Tage vor der Thyrotomie gemacht. Die Geschwulst und die Weichtheile in der Umgebung wurden exstirpirt. Die Tracheotomiecanüle wurde nach 24 Stunden entfernt; nach Verlauf einer Woche konnte Patient aufstehen. Am 10. Tage entwickelte sich eine Pneumonie; dieselbe kam aber zur Heilung und Patient verliess das Krankenhaus nach 4 Wochen in gutem Zustand.

Seither sind fast 8 Monate verflossen; der Patient schreibt in seinem letzten Bericht, dass er sich wohl befindet.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors bestätigte die Diagnose auf Epitheliom.

Versammlung vom 28. October 1898.

Vorsitzender: Dr. Middlemas Hunt.

(Journal of Laryngology. Januar 1899.)

Middlemas Hunt: Ein Fall von Epitheliom des Kehlkopfs mit mikroskopischer Untersuchung.

44jähriger Mann, seit 6 Monaten an zunehmender Heiserkeit leidend, sonst subjectiv keine Symptome. An der vorderen Commissur ein gestielter, glatter Tumor, weiss mit mehreren rothen Punkten. Beide Stimmbänder sind congestionirt, die Bewegungen des linken abgeschwächt. Redner exstirpirte ein Stück von dem Tumor mit der Zange; die mikroskopische Untersuchung ergiebt, dass ein Epitheliom vorliegt. Redner hat die Thyrotomie vorgeschlagen.

Lennox Browne hält die Thyrotomie mit Entfernung der Weichtheile für die beste Behandlungsmethode. Von seinen operirten Fällen ist der eine jetzt

5 Jahre nach der Operation, andere $2^1/_2$ — 3 Jahre; in keinem der Fälle ist ein Recidiv eingetreten.

Mayo Collier befürwortet die Exstirpation des halben Kehlkopfs.

Bark ist der Ansicht, dass man den Knorpel nur entfernen soll, wenn es absolut nothwendig ist. Er verfügt über einen Fall, bei dem die Laryngofissur wegen Krebs vor 2 Jahren gemacht wurde; derselbe lebt in guter Gesundheit.

Lennox Browne ist überrascht, aus Mayo Collier's Aeusserungen zu ersehen, dass Butlin seine Ansichten über die Behandlung des Kehlkopfkrebses in Fällen, wie der vorgestellte, geändert haben soll. Denn gerade Butlin ist dafür besonders eingetreten, in derartigen Fällen nur die Weichtheile zu exstirpiren. In richtig ausgewählten Fällen scheint diese Methode die ideale zu sein.

(Der Bericht im Journ. of Laryngology vom 15. Januar enthält nur die oben wiedergegebene Bemerkung Collier's.)

Dundas Grant ist Anhänger der exploratorischen Thyrotomie. Erweist es sich dabei, dass beide Seiten des Kehlkopfes afficirt sind, dann ist mehr erforderlich und die Totalexstirpation des Larynx kann angeschlossen werden.

Dundas Grant: Ein blutender Tumor der Nasenscheidewand.

Demonstration des Falles.

Furniss Potter: Schwarze Zunge.

Ein dunkler Fleck auf dem Zungenrücken bei einem 48jährigen Manne. Die hypertrophischen Papillen sind ca. $^1/_4$ Zoll lang.

Furniss Potter: Abductorlähmung des linken Stimmbandes.

33jähriger Patient; das linke Stimmband ist nahezu in Mittellinie fixirt. Ausser einer vorangegangenen Influenza, einer bestehenden Pharyngitis und Nasenpolypen ist nichts festzustellen; an den Brustorganen und am Nervensystem normale Verhältnisse.

Whistler vermuthet als Ursache der Lähmung eine Schwellung laryngotrachealer Lymphdrüsen.

Mayo Collier berichtet über einen ähnlichen Fall, der sich dann als eitrige Pleuritis an der Lungenspitze herausstellte und chirurgisch behandelt wurde.

Milligan und Grant sprechen über die Schwierigkeit der Diagnose in so vielen dieser Fälle.

Mayo Collier: Verbildung des Oberkiefers, der Zähne und des Gaumens infolge Nasenverstopfung.

18jähriger junger Mann mit ausgesprochener Deformität des knöchernen Gaumens und des Gesichtsschädels; dieselbe ist eine Folge der nasalen Verstopfung zur Zeit des Wachsthums des Schädels. Bemerkenswerth ist, dass der Knabe bis zu seinem 8. Jahre ein normal gebildetes Gesicht gehabt hat und dass auch seine Milchzähne regulär waren. Um diese Zeit trat die Verstopfung der Nase als Folge eines hypertrophischen Catarrhs in Erscheinung.



Auf eine Frage des Vorsitzenden und Lennox Browne's erwidert Collier, dass derartige Fälle nicht als congenital und hereditär zu bezeichnen sind, denn es handelt sich dabei nicht um eine Entwicklungshemmung, sondern um eine vollständig erklärbare spätere Verbildung.

Mayo Collier: Ein Fall von vermuthlich tuberculöser Infiltration der Epiglottis.

C. beschreibt das Aussehen der Epiglottis; der Patient ist leider nicht erschienen.

Milligan: Eitriger Catarrh der Kiefer- und Stirnhöhle.

Die rechte Kieferhöhle, die Eiter enthielt, wurde eröffnet und ausgekratzt 12 Monate nach Beginn der Krankheit. Der Verlauf war ein ganz glatter, bis 2 Monate nach der Operation eine schmerzhafte Erkrankung der Stirnhöhle derselben Seite in Erscheinung trat. Nach mehreren vergeblichen Drainirungsversuchen wurde der Sinus frontalis mittelst Incision in der Mittellinie von der Stirn aus eröffnet. Das Infundibulum wurde erweitert, die Drainage nach der Nase in der gewöhnlichen Weise durch Einlegen eines Drains offen gehalten und die Stirnwunde vernäht, wobei dem Periost besondere Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Am 2. Tage danach trat Fieber ein und es erschien ein erysipelatöser Ausschlag um die Wunde. Dieselbe wurde wieder geöffnet, nach ein paar Tagen aber, da alles gut ging, von neuem geschlossen. Die Heilung ging jetzt ohne weitere Störung von statten, obgleich M. es für gut hielt, das Nasendrain noch 5 Wochen liegen zu lassen.

M. macht auf den Ausbruch der Stirnhöhlenerkrankung, der anscheinend mit der Irrigation der Kieferhöhle in Zusammenhang steht, und ferner auf die Infection der Wunde aufmerksam. Letzteres Vorkommniss, das er 3mal beobachtet hat, führt er auf eine Infection des Zellgewebes mit Streptococcen während der Operation zurück. Er empfiehlt, die Nähte bei der Operation einzulegen, sie aber erst nach ein paar Tagen zu knüpfen.

Hill hat in solchen Fällen das Drainrohr fortgelassen.

Lennox Browne: Neubildung an der Uvula.

Redner demonstrirt eine erbsengrosse Geschwulst, die von einer Uvula entfernt ist, welche so lang herabhing, dass man ihr Ende beim Herabdrücken der Zunge nicht sehen, es aber bis zwischen die Lippen hervorziehen konnte. Der Patient ist ein 3jähriges Kind, das adenoide Vegetationen hat.

Wingrave hat die Geschwulst untersucht; dieselbe ist als epitheliale Cyste zu bezeichnen.

Lennox Browne: Ein Leitinstrument für das Infundibulum, das, ohne dass man es herauszieht, als Curette und Fadenhalter dient.

Demonstration des Instrumentes. Dasselbe dient zur Erweiterung des Infundibulum bei der Operation der Stirnhöhle. Es trägt vorn ein Auge, sodass man

den Faden, der zur Befestigung des Drainrohrs dient, gleich beim ersten Eingehen mit einführen kann.

Lennox Browne: Ein verbessertes Drainrohr für das Infundibulum.

Hartgummiröhre ähnlich der Luc'schen, jedoch mit so dünnen Wänden, dass die Herausnahme bei der schliesslichen Entfernung keine Schwierigkeiten macht.

Lamb (Birmingham): Spontane Heilung eines Antrum-Empyems.

Das anatomische Präparat zeigt:

1. Einen Defect im Gaumen am 2. cariösen Molarzahn.
2. Eine narbige Einziehung den ganzen mittleren Nasengang entlang.
3. Am Boden des Antrum, über der cariösen Oeffnung, einen kurzen knöcherner Kanal, der mit Schleimhaut ausgekleidet ist.

Der Eiter hat sich augenscheinlich an der Wurzelstelle des cariösen Zahns einen Weg gebahnt und rund um die Oeffnung hat eine Neubildung von Knochen stattgefunden. Der Zahn ist, nach Aufhören der Eiterung, mit Amalgam gefüllt worden.

E. B. Waggett.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dem Privatdocenten an der Berliner Universität, Dr. Paul Heymann ist der Titel Professor verliehen worden.

Professor L. v. Schrötter ist zum Ehrenmitglied der Berliner Laryngologischen Gesellschaft ernannt worden.

Der Herausgeber des Centralblatts ist zu einem der Ehrenpräsidenten des bevorstehenden Internationalen Medicinischen Congresses ernannt worden.

Prof. J. Jurasz in Heidelberg ist als ordentlicher Professor nach Lemberg berufen worden.



Folgende Herren haben sich der „Revue Hebdomad. de Laryngologie“ zufolge als Privatdocenten der Laryngologie etablirt: Dr. Grabower (Berlin), Dr. Trifiletti (Neapel).

Dr. Kümmel, Privatdocent der Laryngologie in Breslau ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden (Rev. Hebd. de Laryngologie).

Die Herren Stevens (New York), St. Clair Thompson (London), Coen (Wien), Moure (Bordeaux), Sendziak (Warschau), Natier (Paris), Ziem (Danzig), Guye (Amsterdam) sind zu Ehrenmitgliedern der Western Opthalmologic and Oto-Laryngological Association ernannt worden.

Joseph O'Dwyer-Stiftung.

Dem Journal of Laryngology entnehmen wir, dass in den Vereinigten Staaten eine Bewegung ins Werk gesetzt worden ist, die das Andenken des Schöpfers der modernen Intubation Dr. Joseph O'Dwyer für alle Zeiten lebendig erhalten soll. Es wird beabsichtigt, die Summe von 30000 Dollars zu sammeln, deren Zinsen zu zwei Stipendien bestimmt sind, welche alle zwei Jahre amerikanischen Aerzten verliehen werden sollen, die sich während dieser Zeit mit originalen Forschungen auf dem Gebiete der Kinderheilkunde zu beschäftigen haben. Der Sammlung soll ein internationaler Charakter verliehen werden.

Neues italienisches Specialjournal.

Dr. R. Borgoni (Neapel) beabsichtigt ein neues italienisches Specialjournal für Laryngologie, Otologie und Rhinologie herauszugeben. Ob wohl ein Bedürfniss dafür besteht, die ohnehin schon übergrosse Zahl der Specialjournale noch weiter zu vermehren und die Kenntnissnahme einschlägiger Arbeiten zu erschweren?

Italienische Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

Die vierte Sitzung dieser Gesellschaft findet in Rom im October 1899 statt: das genaue Datum ist noch nicht bekannt gegeben. Zur allgemeinen Discussion sind die Themata gestellt:

1. Wege und Arten der Verbreitung der Infection der Paukenhöhle und des Warzenfortsatzes (Einführender: Prof. Camillo Poli, Genua).
2. Ueber die Physiopathologie der Nn. olfactorii (Einführender: Prof. Vittorio Grazzi, Pisa).

3. Parasyphilitische und postsyphilitische Kehlkopfaffectionen (Einführender: Prof. A. Trifiletti, Neapel).

Ausserdem soll in einer Sitzung das Thema: „Der Titel als Specialist in der Oto-Rhino-Laryngologie" besprochen werden.

Geschäftliche Mittheilungen, Anmeldungen von Vorträgen etc. sind an Dr. V. Garzia, 6 Via Maddaloni a Toledo, Napoli zu richten.

Die italienischen Referate des Centralblatts.

Wir sind unseren Lesern eine Erklärung der Thatsache schuldig, dass seit fast vier Jahren die laryngologische Literatur Italiens im Centralblatt kaum vertreten gewesen ist. In der Decembernummer des Jahrgangs 1897 theilten wir mit, dass unser damaliger Mitarbeiter Herr Toti auch in jenem Jahre durch andauernde Kränklichkeit verhindert gewesen sei, seinen Verbindlichkeiten gegen das Centralblatt in vollem Umfange nachzukommen. Statt seiner trat Dr. Damieno als italienischer Mitarbeiter ein und erklärte sich auf den Wunsch der Redaction bereit, wenigstens die wichtigsten rückständigen italienischen Referate früherer Jahre nachzuholen. Leider aber ist auch er trotz wiederholter dringendster Erinnerungen nicht in der Lage gewesen, diesem Versprechen, wie den sonstigen regelmässigen Mitarbeiterpflichten nachzukommen und scheidet jetzt aus dem Verbande des Centralblattes aus. Wir sind nunmehr gezwungen, von dem sonst in diesem Blatte befolgten Princip: zu Mitarbeitern womöglich Angehörige des betreffenden Landes zu wählen, abzugehen und wird Dr. Donelan (London) in Zukunft die Berichte über die italienischen laryngologischen Arbeiten liefern. Wir wollen diese Mittheilung nicht schliessen, ohne Herrn Prof. Massei, der sich bei dieser, wie bei früheren Gelegenheiten auf das Liebenswürdigste bemüht hat, dem Centralblatt einen italienischen Mitarbeiter zu erhalten, für seine Freundlichkeit den besten Dank auszusprechen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, August. 1899. No. 8.

I. Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

(Nach einem am 2. April 1899 vor der Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg gehaltenen Vortrag.)

Von
Felix Semon.

(Schluss.)

Welches ist die gegenwärtige Sachlage und was soll an die Stelle derselben gesetzt werden?

In diesem Augenblick besitzen wir nach den geschilderten harten Kämpfen bei den internationalen Congressen zwei gesonderte unabhängige Abtheilungen: eine laryngologische und eine otologische Section. Diese Einrichtung ermöglicht es sowohl dem reinen Laryngologen, wie dem reinen Otologen, der diese Congresse und ähnliche Veranstaltungen hauptsächlich der wissenschaftlichen Arbeit halber besucht, die ganze Arbeitszeit in nutzbringender Weise zu verwenden, während diejenigen Collegen, welche sich sowohl der Laryngologie wie der Otologie befleissigen, die Auswahl hinsichtlich des Besuches der einen oder der anderen Section haben. Wir können in dieser Möglichkeit nur einen Vorzug, ganz und gar aber keine Beeinträchtigung erblicken: wird es doch — sit venia comparationi — keinem Gasthaus, das eine Mittagsmahlzeit zu festen Preisen verabfolgt, als Uebelstand angerechnet, wenn es seinen Gästen die Auswahl unter den Speisen lässt! — Wenn hiergegen eingewendet werden sollte, dass der Vergleich nicht recht passe, einmal, weil bei dem abwechselnden Besuch beider Sectionen kostbare Zeit verloren gehe, zum anderen weil gleichzeitig auf der

Tagesordnung beider Sectionen wichtige Fragen stehen könnten, an deren Discussion manche Collegen theilzunehmen wünschen dürften, so lautet die natürliche Antwort hierauf, dass sich beide Uebelstände mit einem klein wenig guten Willens und geschickter Anordnung fast gänzlich vermeiden lassen (wir werden uns am Schlüsse dieses Artikels ganz bestimmte Vorschläge in dieser Beziehung erlauben), dass aber keiner derselben so tiefgehende principielle Veränderungen erfordere, wie es die Verschmelzung beider Sectionen in eine einzige bedeutet.

In Wirklichkeit aber gehen die Ansprüche wenigstens eines Theiles der Fusionsfreunde viel weiter, als dass sie mit einem Compromiss zu erledigen wären. Wiederholt hat der Schreiber dieser Zeilen bei privater Besprechung dieser Frage zu hören bekommen: „Ja, wenn ich zu einem internationalen medicinischen Congress oder zu einer ähnlichen Veranstaltung gehe, so will ich an allem theilnehmen, was mich interessirt“. Wie man sieht, ist es nicht der Geist des „Lebens und Lebenlassens“ oder des „do ut des“, der solche Gesinnungen beseelt, sondern derjenige des „Va-t-en que je m'y mette“ oder der des reinen, unverhüllten Egoismus. Denn wenn derjenige, der sich zu diesen Gesinnungen bekennt, einen Augenblick darüber nachdächte, was die Gewährung seiner Forderungen für diejenigen seiner Specialcollegen bedeutet, welche seine Ansichten über die innere Zusammengehörigkeit der beiden Specialitäten nicht theilen, so müsste er selbst sehen, dass, damit er alles zu geniessen bekommt, die Gegenpartei die volle Hälfte ihrer Arbeitszeit verliert!

Selbst wenn man die ganze Frage nur von dem niederen Niveau persönlicher Interessen behandeln wollte, so dürfte es begreiflich sein, dass diejenigen, welche dermaassen an die Wand gedrückt werden sollen, sich auf's Lebhafteste gegen diesen unliebsamen Process wehren.

Aber wir verschmähen es, eine Frage, die eine viel höhere Bedeutung für die gedeihliche Entwicklung unserer Specialität hat, mit dem Maassstabe kleinlicher persönlicher Interessen zu messen. Weit über solchen steht das Interesse unserer Specialwissenschaft selbst, und nur vom Standpunkt dieses Interesses möchten wir die ganze Frage entschieden sehen. Legt man sich aber die Frage vor: Ist es im Interesse der Rhino-Laryngologie, dass sie bei medicinischen Zusammenkünften der genannten Art mit der Otologie in eine einzige Section verschmolzen wird? — so kann die Antwort unseres Erachtens nach nur in dem Sinne erfolgen, dass die gegenwärtigen Einrichtungen beibehalten werden sollten.

Diese Behauptung kann leicht bewiesen werden.

Die internationalen medicinischen Congresse werden gegenwärtig alle drei Jahre einmal abgehalten. Die Dauer jedes derselben beträgt eine Woche, d. h. die Eröffnung erfolgt gewöhnlich am Montag und am Sonnabend wird die Versammlung geschlossen. Am Montag pflegt nur Nachmittags eine kurze Sitzung für die Constituirung der Sectionen, die Eröffnungsreden der Sectionspräsidenten und die Erörterung geschäftlicher Angelegenheiten abgehalten zu werden, denen sich höchstens die Discussion einiger kurzer Vorträge anschliesst, und am Sonnabend muss die Sectionsarbeit vor Beginn der allgemeinen Schlusssitzung, d. h. schon am frühen Vormittag beendigt werden. Es bleiben daher nur vier volle und höchstens zwei halbe Arbeitstage für die wissenschaftliche Arbeit in den Sectionen.

Nimmt man nun die Arbeitszeit der Section auf 6 Stunden pro Tag an — mehr wird man, wie schon früher einmal bemerkt (VII, 85), bei solchen Gelegenheiten wohl kaum je leisten können — so kommt eine Gesammtarbeitszeit von 30 Stunden heraus.

Nun hat die praktische Erfahrung uns einmal über das andere bei diesen Congressen darüber belehrt, dass schon jetzt, d. h. wo die Laryngologie und die Otologie getrennt tagen, es nur mit grösster Mühe möglich ist, das sich bei diesen Gelegenheiten darbietende Material innerhalb der gegebenen Zeit zu bewältigen. Die Zahl der angemeldeten Vorträge steht gewöhnlich ganz ausser Verhältniss zur Gesammtarbeitszeit, zumal wenn — wie dies von Rechtswegen sein sollte und auch stets bei diesen Gelegenheiten beherzigt worden ist — der Hauptnachdruck auf die allgemeinen Discussionen gelegt wird. Oft genug haben die interessantesten Debatten eingeschränkt werden müssen, hat wichtigen Vorträgen überhaupt keine Discussion folgen können, nur um Alles, das angemeldet und angenommen worden war, zur Verhandlung kommen zu lassen; oft genug haben die Laryngologen des bewirthenden Landes ihre eigenen Vorträge zurückgezogen, um es den Gästen zu ermöglichen, ihre Vorträge zu halten; oft genug ist trotzdem Unzufriedenheit derer laut geworden, welche meinten, ihre Mittheilungen hätten ein besseres Schicksal verdient, als in athemloser Eile abgehaspelt zu werden. Wir haben diese Frage in fast jedem unserer Berichte über die laryngologischen Sectionen der internationalen Congresse eingehend erörtert und können unsere Leser hinsichtlich der Einzelheiten auf diese, stets unter dem frischen Eindruck der Verhandlungen verfassten Berichte verweisen.

Wenn nun trotz solcher, immer erneuter Erfahrungen gegenwärtig der Wunsch nach einer Verschmelzung der laryngologischen und otologischen Sectionen laut wird, so bedauern wir dies im Interesse der Sache selbst. Denn die unabweisliche erste Folge der Erfüllung dieses Wunsches würde die Verminderung unserer ohnehin schon knappen Arbeitszeit um die volle Hälfte, wenn nicht um mehr, sein! Naturgemäss müsste das Bureau einer combinirten laryngo-otologischen Section, an welches, wie sich beinahe mit Sicherheit voraussagen lässt, in Folge der Ueberfülle des angebotenen Materials ganz unerfüllbare Forderungen herantreten werden, um zunächst dem Vorwurf der Parteilichkeit vorzubeugen, die zur Verfügung stehende Zeit in genau gleichen Verhältnissen zwischen laryngologischen, rhinologischen und otologischen Discussionen und Vorträgen vertheilen, und da ebenso naturgemäss im Rahmen eines allgemeinen Congresses weder die Zahl noch die Dauer der Sitzungen vergrössert werden kann, so würde die Zahl der allgemeinen laryngologischen Discussionen voraussichtlich auf zwei solche, die gesammte, laryngologischen Vorträgen und Discussionen gewidmete Zeit auf etwa 10 Stunden herabgesetzt werden müssen!

Und diese, lächerlich geringe Zeit, die uns einmal alle drei Jahre zur Verfügung gestellt würde, sollte zu einer internationalen Aussprache über — wir wollen gar nicht sagen: alle, aber auch nur einige wenige der wichtigsten schwebenden laryngologischen Fragen genügen? — —

Wir denken, dass auf dem Boden dieses praktischen Gesichtspunktes wir alle, soweit auch unsere Meinungen über die Principienfrage auseinandergehen

mögen, uns vereinigen können und sollten, um in einer solchen Verminderung unserer Arbeitszeit eine schwere Schädigung der wissenschaftlichen Interessen unserer Specialität zu erblicken, die durchaus vermieden werden sollte!

Denn, vergessen wir es nicht: die internationalen medicinischen Congresse bieten für uns, d. h. für die Laryngologen, die einzige Gelegenheit zu einer wirklich allgemeinen Aussprache und Verständigung. Es ist in manchen Kreisen beinahe zur Mode geworden, über die wissenschaftliche Seite dieser grossen Congresse zu spötteln, die Zusammenkünfte als wissenschaftliche „Carnevals" zu bezeichnen, den Werth der in ihnen abgehaltenen Discussionen zu bezweifeln und dgl. mehr. Ob dieser Skepticismus im Allgemeinen berechtigt ist, wollen und haben wir hier nicht zu untersuchen; dass er für die laryngologischen Sectionen derjenigen Congresse, die der Schreiber dieser Zeilen besucht hat, keine Berechtigung hat, kann er mit vollster Ueberzeugung versichern. Denn die laryngologischen Sectionen haben jederzeit ihren Schwerpunkt nicht in dem geselligen, sondern in dem wissenschaftlichen Theil der Zusammenkünfte gesucht; sie haben ernst und erfolgreich gearbeitet; es sind in ihnen die wichtigsten, zur Zeit schwebenden Fragen unseres Gebietes ihrer Lösung näher geführt, Gegensätze ausgeglichen oder gemildert, Verständigungen angebahnt, Uebertreibungen auf ihr richtiges Mass zurückgeführt, neue Gesichtspunkte eröffnet worden. Wer sich erinnern kann, wie, — um nur einige der wichtigsten Dinge zu nennen — die Fragen der Behandlung der Kehlkopftuberculose, des Kehlkopfkrebses, der Posticuslähmung, der nasalen Reflexneurosen, der Intubation des Kehlkopfs, der acuten infectiösen Halsentzündungen, der Photographie des Kehlkopfs, der Durchleuchtung der Nebenhöhlen der Nase, der centralen und peripheren motorischen Innervation des Kehlkopfs, der Pachydermie, der Nebenhöhleneiterungen — in den laryngologischen Sectionen der internationalen medicinischen Congresse gefördert worden sind (manche derselben, wie die Frage der Behandlung der Kehlkopftuberculose, methodisch von einem Congress zum andern), der wird dankbar zugestehen müssen, dass die betreffenden Verhandlungen Marksteine in unserer fortschreitenden Erkenntniss gerade der wichtigsten Dinge dargestellt haben, dass es jammerschade wäre, wenn uns die einzige Gelegenheit, uns über sie in internationalem Kreise auszusprechen, verkümmert werden sollte! —

Denn immer und immer wieder müssen wir es betonen, dass die internationalen medicinischen Congresse für uns Laryngologen die einzige Gelegenheit zu solcher Aussprache darstellen! Nachdrücklichst muss an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass durch die Verschmelzung der laryngologischen mit der otologischen Section die speciellen Interessen der Laryngologie viel schwerer beeinträchtigt werden würden, als die der Otologie! — Die Otologen haben immer noch ihren dreijährigen otologischen Specialcongress, an den sich die Neuerungssucht bisher nicht herangemacht hat, und der ihnen Gelegenheit giebt, sich in aller Ruhe über die sie speciell interessirenden Fragen im internationalen Kreise von Sachverständigen auszusprechen; wir Laryngologen haben, wenn uns unsere Sectionsthätigkeit verkümmert wird, absolut nichts dergleichen! — Und ein weiterer praktisch ebenso wichtiger Umstand kommt hinzu: Wie uns wiederholt von maassgebendster otologischer Seite gesagt worden ist, hat seit der Grün-

dung der otologischen Specialcongresse der Besuch und die Thätigkeit der otologischen Sectionen der allgemeinen internationalen Congresse quantitativ und qualitativ empfindlich gelitten. Das heisst mit anderen Worten: Während bisher die laryngologischen Sectionen alles geleistet haben, was man von ihnen vernünftiger Weise erwarten kann und während sie nur unter der Ueberfülle des Materials gelitten haben, soll ihnen jetzt ihre kostbare Zeit um die Hälfte oder mehr verkürzt werden, damit das Princip einer gleichmässigen Behandlung beider Specialitäten unter allen Umständen gewahrt bleibe, obwohl der Schwerpunkt der otologischen Interessen sich anscheinend von den allgemeinen internationalen Congressen abgewendet hat! — —

Es gehört nicht viel Prophetengabe dazu, um mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit voraussagen zu können, dass die Erfüllung der Fusionswünsche zunächst die Folge haben dürfte, dass die combinirte oto-laryngologische Section ihre Anziehungskraft für viele Führer auf beiden Gebieten einbüssen würde. Wem sie wirklich zu Gute kommen würde, ist uns unverständlich.

Ueberhaupt muss der Schreiber dieser Zeilen an dieser Stelle freimüthig bekennen, dass ihn die ganze Bewegung an nichts so sehr erinnert, als an die Parabel vom Schlachten der Henne, welche die goldenen Eier legte! — Nach vielen harten, immer wiederholten Kämpfen um die Gleichberechtigung unserer Specialität mit anderen haben wir endlich eine Stellung erlangt, innerhalb deren Rahmen wir anerkannt Tüchtiges geleistet und uns wohl gefühlt haben, während ihre Organisation die Bewunderung und den Neid anderer Zweige erregt hat. Noch ist diese Stellung, wie die Vorgänge bei dem letzten und bei dem bevorstehenden Congress gezeigt haben, eine nichts weniger als gesicherte, da erwächst ihr eine neue Gefahr aus der Mitte der Specialisten selbst. Es soll eine Vereinigung geschaffen werden, die Vielen der Erfahrensten und um den Fortschritt beider Fächer Verdientesten nicht innerlich geboten erscheint, deren Erfüllung beide Specialitäten die Hälfte ihrer an sich knapp bemessenen Zeit berauben und den Besuch der Verhandlungen voraussichtlich stark beeinträchtigen würde. Ist das räthlich? — Und weitere Folgen lassen sich mit grosser Wahrscheinlichkeit voraussehen. Sollten sich jemals die Angehörigen beider Specialitäten mit überwiegender Majorität für eine solche Vereinigung bei den internationalen Congressen aussprechen, so wird sicherlich die Bewegung nicht an dieser Stelle stehen bleiben! — Ersparungsbedürftige Finanzminister werden logisch folgerichtig schliessen, dass, da ja die Angehörigen beider Specialitäten selbst eine Verschmelzung wünschten, das Bestehen getrennter Professuren, Assistentenstellen, Kliniken und Polikliniken für Laryngologie und Otologie ein durchaus überflüssiger Luxusartikel sei, und werden demgemäss, auch an den grössten Universitäten, die entsprechenden Veränderungen vornehmen. —

Auch ein solcher Schritt mag vielleicht den Vorkämpfern der neuen Richtung durchaus wünschenswerth erscheinen; wie viele von ihnen aber sind darauf vorbereitet, noch weiter zu gehen und Verschmelzungen zu befürworten, die sich in durchaus absehbarer Ferne an die laryngo-otologische Fusion anschliessen dürften? Schon heute wird behauptet, dass volle $^2/_3$ aller Augenleiden von der Nase bedingt seien. Wenn diese Behauptung auch vorläufig noch nicht mit dem-

selben Enthusiasmus aufgenommen worden ist, wie die gleiche, die Abhängigkeit der Ohren- und Kehlkopfleiden von der Nase betreffende, so kann es doch keinem Zweifel unterliegen, dass zwischen Nase und Augen wichtige Berührungspunkte bestehen. Da es nun zum Gesetz erhoben zu werden scheint, dass, wo irgendwo Berührungspunkte in einzelnen Kapiteln bestehen, eine allgemeine Verschmelzung und specialistische Betreibung beider Fächer die nothwendige Folge sein muss, so dürfte wahrscheinlich, wenn nicht gegenwärtig das Wort: „Principiis obsta" befolgt wird, in weiteren 5 oder 10 Jahren ebenso lebhaft wie jetzt gefordert werden, dass die mittlerweile constituirte oto-laryngologische Section mit der ophthalmologischen in eine einzige verschmolzen werde und dass die mit Nothwendigkeit sich ergebenden weiteren Folgerungen für Lehren, Lernen, Praxis und Hospitalthätigkeit mit logischer Nothwendigkeit gezogen werden müssten! Sind die Herren Rhinologen präparirt, diese Schlussfolgerung zu ziehen? Es ist das Characteristische solcher Bewegungen, dass die „Girondisten" nicht darauf zu rechnen pflegen, dass ihnen „La Montagne" folgt!

Vermuthlich werden einige Theoretiker auch vor diesem Schritte nicht zurückschrecken und es im Gegentheil als einen Fortschritt begrüssen, dass aus der Mitte der Specialisten selbst Versuche gemacht würden, der übermässigen Specialisirung entgegenzutreten. Nach der Ansicht des Schreibers dieser Zeilen aber bedeutet die ganze Bewegung eine „Reductio ad absurdum" unserer ganzen Existenzberechtignng! — Der Specialismus ist ein Uebel, gewiss, aber ein nothwendiges! Nicht einer Mode folgend, wie so vielfach behauptet wird, hat er sich herausgebildet, sondern weil die Kunst zu lang, das Leben zu kurz geworden ist, als dass die Mehrzahl der Aerzte dasjenige, was die Medicin unserer Tage darstellt, nach allen Richtungen hin mit gleicher Virtuosität beherrschen könnte. Gewiss muss man sich vor den Gefahren zu grosser Zersplitterung, zu grosser Engherzigkeit hüten: aber wenn man nunmehr den Versuch macht, Dinge, zu deren gründlicher Beherrschung im Einzelnen die Fähigkeiten und die Thatkraft des Durchschnittsspecialisten ausreichen, auf einen viel weiteren Umfang auszudehnen, so wird das voraussichtliche Resultat eher einer Verflachung als einer Vertiefung der Einzelkenntnisse gleichkommen! — Die Schlange beisst sich in den Schwanz: Das ist die Charakteristik der von uns bekämpften Bewegung! — —

Einen Ausweg giebt es nun, die streitenden Ansichten mit einander zu versöhnen und zum mindesten übereilte Schritte zu verhindern, die sich später nur mit Schwierigkeit, vielleicht gar nicht rückgängig machen liessen: Man lasse die beiden Sectionen, wie bisher getrennt bestehen, lasse sie aber in solchen Fragen, die voraussichtlich die Kehlkopfärzte ebenso wie die Ohrenärzte interessiren werden, d. h. in pharyngo-rhinologischen Fragen, gemeinschaftliche Sitzungen abhalten.

Persönlich stehen wir, wie wir freimüthig bekennen wollen, diesem Auswege ohne sonderliche Sympathie gegenüber. Theoretisch sind solche gemeinschaftlichen Sitzungen recht hübsch, praktisch haben sie sich unserer allerdings beschränkten Erfahrung nach wenig bewährt. Schon im Anfang dieses Artikels ist des verunglückten Versuchs gedacht worden, in Kopenhagen die beiden Sectionen

bei zwei Gelegenheiten zusammen tagen zu lassen. — Lebhaft erinnert sich der Schreiber dieser Zeilen weiterhin eines Besuches, den er einer laryngo-otologischen Gesellschaft in fremdem Lande vor einigen Jahren abstattete. Als er das Sitzungszimmer betrat, bot sich ihm ein merkwürdiges Bild: Der Präsident sass mit leidendem Gesichtsausdruck auf dem erhöhten Präsidentenstuhl; unterhalb seines Platzes stand der Vortragende, der einen längeren Vortrag aus seinem Manuscript ablas; auf den Zuhörerbänken sassen 8—10 Herren, die in so lauten Zwiegesprächen begriffen waren, dass die Stimme des Vortragenden, um den sich augenscheinlich Niemand kümmerte, vollständig übertönt wurde. Auf die erstaunte Frage des Gastes, was das bedeute, antwortete der College, der ihn freundlichst eingeführt hatte: „O, das ist nur ein otologischer Vortrag; der interessirt die Meisten nicht. Nachher haben wir Vorträge von allgemeinerem Interesse; da wird sich die Sitzung schon füllen und man wird auch aufmerksamer zuhören". So war es auch! — — Das belehrendste Beispiel aber von den Schwierigkeiten, welche erwachsen, wenn man nicht innerlich zusammengehörige Dinge um jeden Preis unter einen Hut bringen will, erlebte der Schreiber dieser Zeilen im vorigen Jahre. Man hatte ihm die Ehre angethan, ihn um seinen Rath bezüglich eines geeigneten Gegenstandes für eine allgemeine Discussion zu fragen, die im Schoosse der combinirten oto-laryngologischen Section der British Medical Association stattfinden sollte, welche im vorigen Jahre in Edinburgh tagte. Da den Sectionssitzungen 3 Tage gewidmet waren, so nahm er an, dass an einem Tage eine speciell laryngologische, am zweiten eine dito rhinologische und am dritten eine dito otologische allgemeine Discussion beabsichtigt würde und schlug als Thema für die erstgenannte vor: „Die gegenseitigen Beziehungen und der relative Werth experimenteller Forschung und klinischer Erfahrung in der Laryngologie". Das Thema wurde gut geheissen, gegen seinen dringenden Rath aber dahin erweitert, dass es auch die Rhinologie und Otologie einschliessen sollte, um besondere allgemeine Discussionen in den beiden letztgenannten Unterabtheilungen fortfallen lassen zu können. Vergebens gab er zu bedenken, dass die Fragen, um welche es sich mit Bezug auf dieses gegenseitige Verhältniss in den 3 Unterabtheilungen handle, welche in der Section vereinigt waren, innerlich so verschieden seien, dass eine fruchtbringende Discussion unmöglich erwartet werden könne, weil sich die Gesichtspunkte und Ausführungen sicherlich zersplittern würden; es blieb bei dem gefassten Beschlusse. Der Erfolg erwies nur zu deutlich die Berechtigung der ausgesprochenen Befürchtungen. Obwohl der College, welcher es übernommen hatte, den rhinologischen Theil der Discussion einzuführen, am Erscheinen verhindert war und auch sein Referat nicht eingesandt hatte, so dass nur der laryngologische und der otologische Theil des Themas verhandelt wurde, gingen die Fragen, die von den beiden Einführenden angeregt wurden, dermaassen auseinander, dass das Resultat für die Zuhörer geradezu verblüffend war. Es ist keine Uebertreibung zu sagen, dass, wenn die Neurologen und die Gynäkologen eine gemeinsame Sitzung gehalten hätten und je 2 Redner abwechselnd über die Localisation des Gesichtsinns und die Totalexstirpation des Uterus gesprochen hätten, die Discussion kein heterogeneres Gepräge hätte tragen können, als dies in unserer Section der Fall war. Zunächst entstand, nachdem das zweite Referat

beendigt war, ein äusserst peinliches, gewiss 10 Minuten anhaltendes allgemeines Schweigen, dann sprach der eine von diesem, der andere von jenem Punkte, der ihn speciell in den einleitenden Reden interessirt hatte, die wirklich zur Discussion stehende Grundfrage aber kaum berührte und das Resultat war ein äusserst unbefriedigendes, wie sich jedermann überzeugen wird, der den Originalbericht in Brit. Med. Journ. 1898, Vol. II, p. 1220 u. ff. nachlesen will. — Wir haben die Episode hier ausführlicher mitgetheilt, weil sich mit Sicherheit voraussehen lässt, dass die gemachte Erfahrung öfters sich wiederholen wird, wenn man gemeinsame Discussionen in Fragen erzwingen will, die einen innerlichen Zusammenhang nicht besitzen. Immer aber werden wir doch nicht über adenoide Vegetationen discutiren können! — Beiläufig sei erwähnt, dass die zweite allgemeine Discussion der combinirten oto-laryngologischen Section in Edinburgh einer Besprechung der „Bedeutung der Ohrenkrankheiten für die Lebensversicherung" gewidmet war, zu welcher sich unsere Section mit der Lebensversicherungssection verbunden hatte. Am 3. Tage fand überhaupt keine allgemeine Discussion im Schoosse unserer Section statt.

Erfahrungen solcher Art sind selbstverständlich nicht sehr ermuthigender Natur. Doch wollen wir gern zugeben, dass ihre Anzahl eine zu geringe ist, um auf dieselbe hin ein abschliessendes Urtheil zu fällen. Auch mögen sie vielleicht exceptionell ungünstig gewesen sein. Ferner verkennen wir auch nicht, dass es unzweifelhaft wenigstens einige Fragen giebt, in welchen die Interessen beider Specialitäten durchaus parallel laufen und in denen es geradezu bedauerlich wäre, wenn zufällig bei einer und derselben Congresssitzung über sie in beiden Sectionen getrennt discutirt würde. Wir denken dabei natürlich in erster Stelle immer wieder an die adenoiden Vegetationen, doch giebt es ja auch andere Fragen, wie die der nasalen Reflexneurosen, des Einflusses intranasaler Verstopfung auf ferner gelegene Bezirke u. s. w., die sich mit Vortheil in gemeinschaftlichen Sitzungen besprechen lassen. Will man es also nicht bei den bestehenden Einrichtungen, unter denen wir uns wohl befunden und Tüchtiges geleistet haben, bewenden lassen — was uns persönlich unzweifelhaft das Wünschenswertheste zu sein scheint — so mache man immerhin den Versuch, bei im Uebrigen getrennten Bestehen der beiden Sectionen eine Anzahl von gemeinschaftlichen Sitzungen für die Besprechung von Fragen von voraussichtlich gemeinsamem Interesse stattfinden zu lassen. Eine solche auf freiem Uebereinkommen der beiden Sectionen beruhende und nicht principiell verpflichtende Vereinigung würde den Vorzug einer praktischen Prüfung der Frage seitens beider Theile haben, ohne unsere so schwer errungene Stellung dauernd zu vernichten. Bewährt sie sich, so lässt sie sich leicht allmählich zu einer dauernden ausdehnen; entspricht sie nicht den gesetzten theoretischen Erwartungen, so können wir zu unserer gegenwärtigen Einrichtung zurückkehren, ohne von neuem die wenig erfreulichen Kämpfe bestehen zu müssen, die im Eingang dieses Artikels geschildert worden sind.

Es dürfte sich also vielleicht empfehlen, wenn die zweite Frage, die wir im Eingange dieses Artikels zur Discussion in den Specialgesellschaften vorschlugen, folgendermaassen präcisirt würde:

1. Sollen die bestehenden Einrichtungen, d. h. das Bestehen je einer selbst-

ständigen und unabhängigen vollen Section für jede der beiden Specialitäten aufrecht erhalten bleiben?

2. Soll bei selbstständigem Bestehenbleiben je einer laryngologischen und otologischen Section es als eine Instruction für die Organisationscomités beider Sectionen gelten, dieselben behufs Discussion von Fragen von voraussichtlich gemeinsamem (d. h. rhino-pharyngologischem) Interesse gemeinschaftlich tagen zu lassen, während speciell laryngologische und speciell otologische Dinge in getrennten Sitzungen verhandelt werden?

3. Soll die laryngologische mit der otologischen Section in eine einzige combinirte Section verschmolzen werden?

Würde die dritte dieser Fragen von der überwiegenden Majorität der Interessenten bejahend beantwortet werden, so würde sich selbstverständlich die Minorität fügen müssen. Wären die Ansichten etwa gleich getheilt oder wäre auch nur eine sehr erhebliche Minorität gegen die Verschmelzung, so sollten nach der Ansicht des Schreibers dieser Zeilen die Dinge — wenigstens vorläufig — beim Alten bleiben oder doch der vorgeschlagenen praktischen Prüfung unterzogen werden; denn darüber kann doch wohl kaum ein Zweifel sein, dass die Anhänger der bestehenden Einrichtungen viel schwerer von der vorgeschlagenen Aenderung berührt werden, als die Fürsprecher der letzteren von dem Fortbestehen der gegenwärtigen Einrichtungen! — Immerhin aber ist dies eine Frage, über welche es bei eventueller bedeutender Meinungsverschiedenheit innerhalb der einzelnen specialistischen Gesellschaften selbst sehr wünschenswerth wäre auch andere Stimmen zu vernehmen, als die des Schreibers dieser Zeilen und eventuell directe Instructionen zu erhalten.

Sollte die erste oder die zweite der vorgeschlagenen Fragen die Mehrzahl der Stimmen erhalten, so würde sich hieran sofort als durchaus für den praktischen Erfolg beider Sectionen erforderlich die Instruction an die Laryngologen und Otologen desjenigen Landes, in welchem der nächste internationale Congress abgehalten wird, anzuschliessen haben: dass sie mit allen Kräften darauf hinwirken müssten, schon in dem vorbereitenden Organisationscomité des Congresses in Gestalt je eines Repräsentanten vertreten zu sein! — Diese Einrichtung würde nicht nur verhindern, dass immer wieder von neuem Versuche gemacht würden, uns unserer so schwer erkämpften Stellung zu berauben, sondern auch weiterhin die Gewähr bieten, dass bei der so wichtigen Frage der Bestimmung der Sitzungslocalitäten die Interessen derjenigen Collegen, welche sich sowohl mit Otologie wie mit Laryngologie beschäftigen, gebührend berücksichtigt werden. Denn wir verkennen keinen Augenblick die Berechtigung der Klage, dass bei mehr als einem der bisherigen Congresse die Sitzungsräume der beiden Specialitäten soweit von einander entfernt gewesen sind, dass die Frequentanten beider mit dem „Hin- und Herstürzen zwischen den Sitzungszimmern“ kostbare Zeit verloren haben. Dem aber lässt sich leicht genug abhelfen, wenn bei der Frage der Vertheilung der Sitzungsräume sofort von den Repräsentanten beider Sectionen der Wunsch nach Zutheilung benachbarter Räume ausgedrückt wird. — Auch im Uebrigen wird es sich sicherlich empfehlen, mag sich nun die Majorität für die erste oder die zweite der beiden vorgeschlagenen

Eventualitäten entscheiden, dass die Sectionsbureaus beider Specialitäten in jeder Beziehung, zumal aber bei der Ansetzung der Tagesordnungen Hand in Hand gehen; wie es denn auch, selbst wenn die Dinge so blieben wie bisher, durchaus nicht ausgeschlossen wäre, dass gelegentlich gemeinsame Sitzungen beider Specialitäten stattfinden.

Es wird nunmehr an den Laryngologen und Otologen selbst sein, ihre Entscheidung zu treffen. Das Centralblatt wird gern bereit sein, diese Entscheidungen zu registriren und ihre Ergebnisse zum Schlusse zusammenzustellen. Er erbittet sich zu diesem Zwecke directe und authentische Mittheilungen von den Vorsitzenden resp. Schriftführern derjenigen Gesellschaften, in welchen die gemachten Vorschläge besprochen und entschieden sein sollten.

Den Anfang hat die Versammlung süddeutscher Laryngologen gemacht, welche, nachdem der Schreiber dieser Zeilen die im ersten und letzten Theile dieses Artikels ausgedrückten Ansichten entwickelt hatte und nachdem Prof. Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.) sich ebenfalls für eine Trennung von Laryngologie und Otologie ausgesprochen hatte, in ihrer am 2. April 1899 zu Heidelberg abgehaltenen Sitzung einstimmig folgende Resolution annahm: „Dass die Versammlung der Ansicht sei, dass Laryngologie und Otologie bei internationalen Congressen und ähnlichen Anlässen in selbstständigen, von einander getrennten Sectionen vertreten sein sollten".

Die Präsenzliste der Versammlung wies folgende Namen auf:

1. Schäfer (Neustadt a. H.). 2. Jurasz (Heidelberg). 3. Seifert (Würzburg). 4. Krieg (Stuttgart). 5. Weener (Mannheim). 6. Müller (Altenburg, S.-A.). 7. Hoffmann (Dresden). 8. Schulz (Danzig). 9. Aronsohn (Ems-Nizza). 10. Klemperer (Strassburg i. E.). 11. Paterson (Cardiff). 12. Reinhard (Duisburg). 13. Schantz (Ems). 14. Lieven (Aachen). 15. Blumenfeld (Wiesbaden). 16. Matthias (Landau). 17. P. Th. L. Kan (Leiden). 18. H. Müller (Heidelberg). 19. Magenau (Heidelberg). 20. Fischer (Colmar i. E.). 21. Buss (Darmstadt). 22. Klingel (Elberfeld). 23. Thilenius (Soden). 24. Filbry (Coblenz). 25. Moxter (Wiesbaden). 26. Pröbsting (Wiesbaden). 27. Th. Barth (Dresden). 28. v. Wild (Frankfurt a. M.). 29. Ziegelmeyer (Langenbrücken). 30. Zintl (Marienbad). 31. Cahn (Mannheim). 32. Kahn (Würzburg). 33. Schmidt (Würzburg). 34. Hasslauer (Würzburg). 35. O. Betz (Heilbronn). 36. C. Schuhmacher II. (Aachen). 37. Markwald (Giessen). 38. Betz (Mainz). 39. Neuberger (Frankfurt a. M.). 40. Scherpf (Kissingen). 41. Felix Semon (London) als Gast. 42. Apt (Ems). 43. Killian (Worms). 44. Avellis (Frankfurt a. M.). 45. Winckler (Bremen). 46. M. Schmidt (Frankfurt a. M.). 47. Siebenmann (Basel). 48. Fischenich (Wiesbaden). 49. Rosenfeld sen. (Stuttgart). 50. Rosenfeld jun. (Stuttgart). 51. Schwager (Kaiserslautern). 52. Marcuse (Mannheim). 53. Siegele (Heidelberg). 54. Kasbaum (Strassburg). 55. Neugass (Mannheim). 56. v. Geyer (Freiburg i. B.). 57. Hedderich (Augsburg). 58. Killian (Freiburg i. B.). 59. Eulenstein (Frankfurt a. M.). 60. Brauer (Heidelberg). 61. Bettmann (Heidelberg). 62. E. Helbing (Nürnberg). 63. Wiegmann (Heidelberg). 64. Jöngst (Saarbrücken). 65. Jens (Hannover).

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **Paul Koch. Klinische Mittheilungen. (Faits cliniques.)** *(Annales des maladies de l'oreille etc. No. 9. September 1898.*

K. berichtet über einen Fall von Fremdkörper im Oesophagus, einen Fall von Adductoren-Contractur im Verlauf von Influenza, über Ulcerationen auf der Zunge bei epileptischen Anfällen, 2 Fälle von Coryza diphteritica mit reichlichem nasalen Ausfluss ohne Pseudomembranen.

E. J. MOURE.

2) **Jukowski. Ueber den Einfluss der Gehirnrinde und der subcorticalen Ganglien auf die Athmung. (O wlijanii mosgowoi kori i podkorkowich uslow na dichanije.)** Dissertat. St. Petersburg. 1898.

J. abstrahirt seine Folgerungen aus Experimenten, die er an 44 Thieren ausführte. Die Arbeit ist eine sorgfältige. Der Autor fand an der Gehirnoberfläche 3 Punkte, welche Einfluss auf die Athmung haben und dieselbe wahrscheinlich unter dem medullären Centrum reguliren.

1. Die äussere vordere Partie der Pars praecruciata der Sigmoidalwindung ruft bei Reizung Beschleunigung hervor.

2. Die Reizung an der Grenze zwischen Pars praecruciata und Frontallappen — tiefe Athembewegung und bei Verstärkung des Reizes sogar Stillstand der Inspirationsphase.

3. Die Reizung im vorderen Drittel der 2. Grundwindung ein wenig nach vorn von der Vereinigungsstelle der 2. und 3. Grundwindung: Verlangsamung resp. Stillstand in der Exspirationsphase.

Bei längerer Dauer der Reizung hört die Wirkung auf, und die Athmung geht wieder wie gewöhnlich vor sich.

P. HELLAT.

3) **A. Fränkel. Zur pathologischen Anatomie des Bronchialasthmas.** *Zeitschr. f. klin. Medicin. XXXV. 1898.*

F. fand in seinem Falle einen Desquamationscatarrh der feineren und mittleren Bronchien, bei dem eine so massenhafte Abstossung cylindrischer Epithelien in das Innere der kleinen Luftröhrenäste stattfand, dass deren Lumen dadurch vollkommen verschlossen wurde. Es besteht kein Zweifel, dass dadurch die enorme Dyspnoe während des Anfalls z. Th. mit bedingt wurde. Jene beträchtlichen Epithelmengen stammten in der That aus den kleineren Bronchien.

Nach länger bestehendem Asthma findet man Erweiterung der feineren Bronchialäste, Verdickung und Infiltration ihrer Wandungen, sowie abnormen Gefässreichthum derselben. Aber die Absonderungsproducte der Bronchiolen im Anfalle differiren je nach der Art des Einzelanfalls.

Gute Dienste leisten im Anfalle subcutane Injectionen von Hyoscin. hydrobrom. bis zu 0,006—0,008.

A. ROSENBERG.

4) **v. Noorden** (Frankfurt a. M.). **Behandlung des Asthma bronchiale.** Vortrag in der 70. Vers. deutsch. Naturforsch. u. Aerzte zu Düsseldorf. — *Wiener med. Presse. No. 42. 1898.*

v. N. weist darauf hin, dass man bei typischem Asthma bronch. gute, manchmal vortreffliche und langandauernde Heilerfolge durch Atropin erzielen kann und macht auf diese mit Unrecht ganz in Vergessenheit gerathene Behandlung aufmerksam. Anfangs pro die $^1/_2$ mgrm innerlich, jeden dritten Tag wird um $^1/_2$ mgr gestiegen, bis 4 mgr pro die erreicht sind, sodann wieder zurück zur Anfangsdosis. Dauer der Behandlung 4—6 Wochen. Eventuell eine zweite schwächere Kur.

CHIARI.

5) **Ad. Ebner. Ueber luetischen Primäraffect an den oberen Luftwegen.** *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. XLIV. 1898.*

Bei 191 aus der Litteratur zusammengestellten Fällen fand sich als Sitz des Primäraffects die Nase in 14,6 pCt., der Nasenrachen in 12,50 pCt., der Rachen in 72 pCt., die Nasenhöhle in 3,1 pCt., die Nasenlöchor (? Ref.) in 1,5 pCt., die Nasenwurzel in 0,5 pCt., die Nasenflügel in 4,2 pCt., das Nasenseptum in 2,1 pCt.

Die Gaumenbögen waren in 1 pCt. befallen, die hintere Rachenwand und die Uvula in je 0,5 pCt., die rechte Tonsille in 13,6 pCt., die linke in 11,5 pCt., beide zusammen in 3,1 pCt.

Die Geschlechter sind ziemlich gleich betheiligt.

A. ROSENBERG.

6) **Kaposi. Ueber Miliartuberculose der Haut und der angrenzenden Schleimhäute.** *Arch. f. Dermat. u. Syphilis. XLIII. 1898.*

Nichts Neues.

A. ROSENBERG.

7) **Schäffer. Ueber die Verbreitung der Leprabacillen von den oberen Luftwegen aus.** Aus der dermatol. Univers.-Klinik zu Breslau. — *Arch. f. Dermatol. und Syphilis. XLIV. 1898.*

Beim Sprechen, Räuspern, Husten und Niesen gelangen zahlreich Bacillen in die Luft aus der zumeist ergriffenen Schleimhaut der oberen Luftwege.

Die Eintrittspforte bei der Infection ist in auffallend grosser Zahl mit grosser Wahrscheinlichkeit die Nasenschleimhaut.

A. ROSENBERG.

8) **Menzel** (Wien). **Pemphigus der oberen Luftwege.** Wiener med. Club. Sitzung vom 16. November 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 49. 1898.*

M. untersuchte die Auflagerungen, die dem Platzen der Blasen folgen, histologisch und constatirt, dass dieselben lediglich aus Fibrin und reichlich eingelagerten mono- und polynucleären Leukocyten bestehen, also echte Exsudatmembranen sind. Es handelt sich in dem untersuchten Falle um chronischen Pemphigus in Nase, Mund, Rachen und Kehlkopf, dessen Verlauf die Annahme bestätigt, dass es einen Pemphigus ohne Blasenbildung nicht giebt.

CHIARI.

9) **M. Sänger. Subjective Dyspnoe als Symptom trockener Catarrhe der Nasen-, Rachen- oder Kehlkopfschleimhaut. (Subjective dyspnoea a symptom of dry catarrh of the nasal, pharyngeal or laryngeal mucous membrane.)** *N. Y. Med. Record. 19. November 1898.*

Die Kranken klagen über ein Gefühl von Athemnoth, als ob sie nicht genug Luft einathmeten, zugleich mit einem Gefühl von Verschluss in der Nase oder im Hals. Wird die Trockenheit der oberen Schleimhäute beseitigt, so verschwindet auch diese subjective Dyspnoe. Der Verfasser erklärt sie durch die verringerte Feuchtigkeit der Schleimhäute und die herabgesetzte Sensibilität der Nervenendigungen, welche nicht die correcte Empfindung für das Maass der inspirirten Luft haben.

LEFFERTS.

10) **G. P. Dixon** (Brisbane, Queensland). **Ein Fall von Hypertrophie der Thymusdrüse, unter Drucksymptomen tödtlich endigend. (A case of hypertrophy of the thymus gland causing fatal pressure symptoms.)** *Australian Medical Gazette. 20. December 1898.*

6jähriges Kind, das stets bei Anstrengung kurzathmig war und seit Jahren an einem kurzen Husten litt, legte sich Abends in seinem gewöhnlichen Zustande zu Bett und wurde am nächsten Morgen plötzlich bewusstlos. Ohne Besinnung und in äusserster Cyanose wurde es ins Hospital gebracht, wo es nach sechs Stunden starb.

Bei der Section fanden sich die Organe gesund. Die Thymusdrüse war stark hypertrophirt und füllte das ganze obere Mediastinum aus, bis zum Pericard, mit dem sie verwachsen war. Sie drückte auf den Aortenbogen und andere Gefässe. Eine Druckatrophie oder sonstige Erkrankung war übrigens weder an der Aorta noch an der Pulmonararterie, noch an der Trachea nachweisbar.

A. J. BRADY.

11) **Faisans** (Paris). **Ueber die Tachycardie bei Tuberculösen.** *Wiener medicin. Presse. No. 51, 52. 1898.*

Die Unstetigkeit des Pulses bei Tuberculosen ist einer der wichtigsten Charactere dieser Erkrankung. Es resultirt daraus eine prognostische Anzeige von grösster Wichtigkeit und ergeben sich speciell hygienische Verhaltungsmaassregeln, auf die Verf. des Näheren eingeht.

CHIARI.

12) **W. Bittner** (Prag). **Ueber Arrosionsblutungen aus grossen Gefässstämmen.** *Prager med. Wochenschr. No. 32, 33, 36, 37. 1898.*

Eine Arbeit von vorwiegend chirurgischem Interesse.

CHIARI.

13) **E. Stein** (Auscha). **Ein Beitrag zu: Ueber Arrosionsblutungen aus grossen Gefässstämmen.** *Prager med. Wochenschr. No. 41. 1898.*

Ein Fall von tödtlicher Blutung aus der Carotis externa in Folge Arrosion durch einen Abscess der Parotis.

CHIARI.

14) **Raewski. Zur Behandlung der Actinomykose mit Jodverbindungen. (O letschenii aktinomikosa iodistimi soe dineniui.)** *Med. obosrenie. No. 1. 1898.*

R. machte Versuche an den Reinculturen und fand, dass $^1/_8$ proc. Jod-

natriumlösung die Entwickelung der Pilze hemmte, $^{1}/_{2}$ proc. Lösung ganz aufhob. Aehnliches hält er auch im Körper für wahrscheinlich. P. HELLAT.

15) **Hirschkron** (Wien). **Zur Therapie der Trigeminusneuralgie.** *Wiener med. Presse. No. 49. 1898.*

In frischen Fällen leisten meist Antineuralgica gute Dienste, wenn dies nicht der Fall, faradische Pinselungen der Schmerzstelle. In chronischen Fällen Bromidia, Badecuren und diätetische Behandlung. CHIARI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **J. Homer Coulter. Prophylaxe bei Nasen- und Halskrankheiten. (Prophylaxis in nose and throat diseases.)** *N. Y. Medical News. 21. October 1898. N. Y. Med. Record. 29. October 1898.*

Verf. bespricht den Einfluss der Kleidung auf die oberen Luftwege, die Bedeutung der Erkältung u. a. m. Adenoide, Polypen, Deviationen des Septums etc. müssen sobald als möglich entfernt werden, wenn sie die physiologische Action der betreffenden Theile hindern. Uebertriebene chirurgische Eingriffe aber sind ebenso schädlich, als ein zu grosser Conservativismus. Der Maassstab für die Indication und die Ausdehnung aller chirurgischen und sonstigen Behandlung liegt in der grösseren oder geringeren Functionsstörung. LEFFERTS.

17) **Ayrton** (London). **Ueber den Geruch.** *Wiener med. Blätter. No. 41—43. 1898.*

Im Gegensatze zur allgemeinen Annahme geht aus den Untersuchungen A's. hervor, dass Metalle an sich keinen Geruch haben, event. muss vorher irgend eine chemische Action stattfinden. — Weiter behauptet A. unter Anderem, dass die rasche Verbreitung eines Geruches weniger durch Diffusion der Riechsubstanz als durch die Luftbewegung zu Stande kommt. CHIARI.

18) **Brindel. Vorläufige Mittheilung über die Pathogenese der nasalen Hydrorrhoe. (Note préliminaire sur la pathogénie de l'hydrorrhée nasale.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 51. 18. December 1898.*

Verf. hält auf Grund seiner Untersuchungen an hydrorrhoischen Schleimhäuten zur Zeit der Krise wie während der Zwischenzeiten die Hydrorrhoe grösstentheils nicht für eine secretorische Function, sondern für einen Transsudationsvorgang, bei dem das Blutserum durch die Maschen des submucösen Gewebes durchspritzt. Verf. traf glanduläres Gewebe nur sehr spärlich. Es handelt sich also um eine Art Oedem der Schleimhaut mit unmittelbarer Excretion des flüssigen Extravasates. E. J. MOURE.

19) **Lope Carralero** (Madrid). **Ueber Coryza bei den Brustkindern als frühzeitiges Zeichen der hereditären Syphilis und ihre Unterscheidung von den anderen Rhinitiden des Kindesalters. (Del coriza en los ninnos de pecho como**

signo precoz de la sifilis hereditaria y su diferenciacion con los demás rinitis de la infancia.) *La Oto-Rino-Laringologia Espannola. No. 6. 1898.*

Verf. stellt die Coryza als eine der constantesten, in der Mehrzahl der Fälle zuerst auftretende und manchmal sogar einzige frühzeitige Manifestation der hereditären Syphilis hin. Die Diagnose ist schwierig, wenn keine anderen Symptome vorhanden sind, jedoch muss bei einer hartnäckigen eitrigen Rhinitis immer an jene Ursache gedacht und die allgemeine specifische Behandlung eingeleitet werden. R. BOTEY.

20) **R. v. Rimscha. Ueber chronischen Schnupfen.** Vortrag, geh. auf d. X. livländ. Aerztetag. — *St. Petersb. med. Wochenschr. No. 46. 1898.*

Die Ueberschrift sagt mehr, als im Vortrage enthalten ist. P. HELLAT.

21) **P. L. Peläcz** (Granada). **Die polymorphen Rhinitiden. (Las rinitis polimorfas.)** *Oto-Rino-Laringologia Espannola. No. 3. 1898.*

Verf. versteht unter polymorphen Rhinitiden diejenigen Erkrankungen der Nasenhöhlen, welche sich durch Hypertrophie, Atrophie, begrenzte oder ausgebreitete krankhafte Veränderung der Secretion, ulceröse oder polypöse Wucherungen der Schleimhaut kennzeichnen. Nach K. giebt es chronische polymorphe Rhinitiden. Die Verletzungen der Nasenscheidewand, die pathologischen Veränderungen des cavernösen Gewebes der Muscheln und die häufigen acuten Nasencatarrhe sind nach P. die Hauptursache der chronischen Rhinitiden. Die Behandlung muss vor allem eine chirurgische sein. R. BOTEY.

22) **Warnecke** (Berlin). **Rhinitis pseudomembranacea mit Bildung eines Fibrintumors im Nasenrachen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 8. H. 3. 1898.*

Die ziemlich chronisch verlaufende Krankheit hatte zur Auflagerung fibrinöser Membranen auf der hinteren hyperplastischen Partie der rechten mittleren Muschel, sowie zur Entwicklung eines wallnussgrossen, frei in den Nasenrachenraum hineinragenden, ganz aus Fibrin bestehenden Tumors geführt. Die oberflächlichen Membrantheile enthielten Kokken, die tieferen Theile aber erwiesen sich als steril. Die hyperplastischen Theile der Muschel und der Tumor wurden mit der kalten Schlinge abgetragen; die Heilung verlief reactionslos; eine Wiederbildung der Membranen fand nicht statt. F. KLEMPERER.

23) **Cholewa** und **H. Cordes. Zur Ozaenafrage.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 8. H. 1. p. 18. 1898.*

Im ersten Theil der umfangreichen Arbeit giebt Cholewa ein Referat über die bisherigen Anschauungen über die Pathologie der Ozaena. Der zweite Theil enthält einen Bericht über 4 von Cordes mikroskopisch untersuchte Ozaenafällen, sowie eine grössere Anzahl nicht-ozaenöser Nasenerkrankungen. Theil 3, der die „Schlussfolgerungen" aus diesen Untersuchungen zieht, ist von Cholewa bearbeitet.

Die Verfasser sehen in den fettigen Degenerationen, die bei der Ozaena konstatirt werden, nichts Charakteristisches; fettige Zustände sind auch bei Nasenaffectionen ohne Foetor und Atrophie constant vorhanden. Das Wesentliche des

pathologischen Vorgangs erblicken sie vielmehr in einem selbstständigen und primären Schwund des Knochens. Durch den Knochenprocess wird die Blutzufuhr zur Schleimhaut gestört; die Atrophie derselben ist eine secundäre, desgleichen der Gestank, der durch Bakterien vermittelt wird.

Die inhaltreiche Arbeit lässt sich im Referate nicht erschöpfend wiedergeben; Interessenten seien auf das Original verwiesen.

F. KLEMPERER.

24) **B. Meisser** (Olten). **Chomaeprosopie, ein ätiologisches Moment für manifeste Ozaena (Rhinitis atrophica foetida).** Dissert. Basel. 1898. *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 8. p. 533. 1898.*

M. stellt kurz die bisherigen Anschauungen über das Wesen und die Aetiologie der Ozaena zusammen und berichtet dann über die Resultate der craniometrischen Untersuchungen, die er auf der Klinik von Prof. Siebenmann (Basel) an 40 Ozaena-Kranken vorgenommen hat. Er fand, dass Rhinitis atrophica foetida in der Regel nur bei Breitgesichtern (Obergesichtsindex unter 50) sich findet. Da es ausgeschlossen ist, dass die Chomaeprosopie die Folge der Ozaena ist, und da M. in zwei Fällen von Ozaena unilateralis bei der mikroskopischen Untersuchung der Nasenschleimhaut aus der scheinbar gesunden Nasenhälfte eine Metaplasie des Nasenepithels fand, wie sie bisher als Folge lange bestehender Eiterung galt, stellt er den Satz auf:

„Für das Zustandekommen des klinischen Bildes der Rhinitis atrophica foetida müssen in der Hauptsache 2 Factoren zusammen wirken, nämlich

1. Epithelmetaplasie der Nasenschleimhaut,
2. Chomaeprosopie resp. weite Nasenhöhlen.

Diese beiden Faktoren stehen unter sich in keinem causalen Zusammenhang, sondern sind — wahrscheinlich auch die Metaplasie — angeboren; wo aber der eine der beiden Factoren fehlt, da fehlt auch das charakteristische klinische Bild der Ozaena."

F. KLEMPERER.

25) **Franz Bruck** (Berlin). **Zur Therapie der genuinen Ozaena. Bemerkungen zu Dr. Hugo Hecht's Arbeit: Zur therapeutischen Verwerthung der Elektrolyse in Nase und Nasenrachenraum.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VIII. H. 1. p. 206.*

26) **Hugo Hecht** (Freiburg). **Erwiderung auf vorstehende Arbeit.**

27) **Franz Bruck. Entgegnung auf vorstehende Erwiderung.** Ebenda. *p. 210 und 215.*

Br. hält die Electrolyse für eine schmerzhafte und umständliche Behandlung und sieht nach wie vor in der permanenten Tamponade die „bis jetzt erfolgreichste und daneben auch noch die unschädlichste und für den Patienten angenehmste und einfachste Behandlungsart der genuinen Ozaena."

H. wendet Bruck gegenüber ein, dass auch das frische durch die Tamponade angeregte Secret ebenso, wie das alte eingetrocknete, das durch den Tampon wieder verflüssigt wird, den charakteristischen Geruch besitzt, dass also der Foetor durch die Tamponade nicht verhindert wird; ferner dass es nur in den seltensten Fällen möglich ist, die gesammte erkrankte Schleimhaut mit dem Tampon in Contact

zu bringen. Bruck's Therapie ist eine palliative und rein symptomatische. Ohne in der Kupfer-Electrolyse ein Specificum zu erblicken, glaubt H. doch, dass die von ihm empfohlene Therapie der Electrolyse in Verbindung mit regelmässigen Nasendouchen der Anforderung, die an eine rationelle Therapie zu stellen ist, dass sie causal wirkt, am nächsten kommt.

F. KLEMPERER.

28) **Thomas** (Marseille). **Die Ozaena und ihre Behandlung mittelst der Kupferelektrolyse beim Kinde. (Ozène et électrolyse cuprique chez l'enfant.)** *Congrès de Gynécologie et de Pédiatrie de Marseille. 8.—15. October 1898.*

Th. verwendet diese Therapie seit 3 Jahren und hält sie nach seinen Resultaten für die beste der bisher empfohlenen Behandlungsmethoden. Dieselbe kommt aber schwer in Aufnahme, weil sie schmerzhaft ist und die Chloroform-Narkose erfordert.

PAUL RAUGÉ.

29) **Gouguenheim** u. **Lombard. Die interstitielle Kupfer-Elektrolyse bei Ozaena. (De l'électrolyse interstitielle cuprique dans l'ozène.)** Aus der oto-laryngolog. Abtheilung des Hôpital Lariboisière. — *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 11. November 1898.*

Die Verf. behandelten 30 Kranke nach der Methode von Cheval, Brindel etc.; über 7 Fälle berichten sie ausführlich. Ein aufmerksames Studium dieser 7 Krankengeschichten gestattet uns nicht den Schluss zu theilen, den die Verf. ziehen, dass die Electrolyse den üblen Geruch der Ozaenösen verschwinden lässt.

E. J. MOURE.

30) **Lermoyez. Ein Fall von syphilitischem Schanker der Nasenscheidewand mit pseudo-sarcomatösem Typus. (Un cas de chancre syphilitique de la cloison nasale à type pseudo-sarcomateux.)** *Annales des malad. de l'or. etc. No. 12. December 1898.*

Die Diagnose des Falles machte verschiedene Stadien durch; Verf. dachte an Verdickung des Septum cartilaginosum, Rhinitis fibrinosa unilateralis, Perichondritis, schliesslich an Sarcom, ehe er zur Erkenntniss eines Primäraffects kam.

E. J. MOURE.

31) **Bernoud. Tertiäre Syphilis der Nasenhöhlen. (Syphilis tertiaire des fosses nasales.)** *Thèse de Lyon. 1898.*

Verf. berichtet über eine grosse Anzahl neuer Fälle (37) und knüpft daran eine schöne Studie über die Erscheinung der tertiären Syphilis an. Dieselbe tritt 4—20 Jahre nach dem primären Schanker ein und äussert sich unter dem Bilde der gummösen Geschwulst, der localen Infiltration und der difusen Infiltration. Die letztgenannte Form ist die häufigste und charakteristischste. Beim weiteren Vorschreiten des Processes kommt es zu Geschwürs- und Sequesterbildung und zu beträchtlichen Zerstörungen, deren Folge unheilbare Deformirungen der Nase sind.

B. betont die Bedeutung der frühzeitigen Diagnose und der energischen Behandlung.

A. CARTAZ.

32) **Silberstein** (Nakel). **Beitrag zur Tuberculose der Nase und des lymphadenoiden Rachengewebes.** Dissert. Greifswald. 1898.

Kurzer Bericht über zwei Fälle von Nasentuberculose. In einem weiteren Falle konnte durch die Rhinoscopia posterior aus dem klinischen Bilde allein die Vermuthungsdiagnose auf tuberculöse adenoide Vegetationen gestellt werden. Es handelte sich um einen 21jährigen Studenten, der lange Zeit an Anschwellungen der supraclavicularen Drüsen gelitten hatte. Die Rachentonsille erschien an der Oberfläche uneben, zerklüftet, in den Buchten und Recessus eingetrocknetes, gelbliches wie verkästes Secret. Die Wucherungen wurden abgetragen, die Untersuchung des Secretes auf Tuberkelbacillen fiel positiv aus.

SEIFERT.

33) **G. Sticker** (Giessen). **Ueber den Primäraffect der Acne, des Gesichtslupus, der Lepra und anderer Krankheiten der Lymphcapillaren.** Vortrag in der 70. Vers. deutsch. Naturforsch. u. Aerzte in Düsseldorf. — *Wiener med. Presse. No. 42. 1898.*

St. weist auf die grosse Häufigkeit des Primäraffectes obiger Krankheiten in der Nasenschleimhaut hin und regt diesbezügliche weitere Beobachtungen an.

CHIARI.

34) **J. Batko** (Krakau). **Chronische Rotzinfection bei einer Bauernfamilie.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 40. 1898.*

Interessant an dieser Abhandlung ist schon die Vorgeschichte der Ansteckung, indem es trotz aller Vorschriften noch möglich war, dass in einem Stalle durch 3 Jahre rotzkranke Pferde gehalten wurden. Beim Vater, als dem Erstinficirten, äusserte sich die Krankheit vorwiegend in Abscessbildung. Als zweites Familienmitglied erkrankte das jüngste Kind nnter dem Bilde von Eczema scrophulosum introit. nas. — Bald hierauf anch die Mutter und das ältere Kind, letzteres unter Erscheinungen eines eitrigen Nasencatarrhes. — B. wandte Malleininjectionen an, doch war die Beobachtungsdauer zu kurz, um hierüber ein Urtheil abgeben zu können.

CHIARI.

35) **Walter A. Wells. Ueber die Beziehung der Nase zu den Hautkrankheiten. (On the relation-ship of the nose to diseases of the skin.)** *N. Y. Medical Journal. 15. October 1898.*

Verf. schliesst seine interessante Arbeit mit folgenden Sätzen: „Man sieht oft auf der Haut Eruptionen, deren Ursache und Ursprung dunkel und schwer zu bestimmen ist. Ich bin weit davon entfernt, alle diese Fälle auf pathologische Vorgänge in der Nase zurückzuführen. Aber wenn man weiss, dass viele Hautaffectionen reflectorisch entstehen und dass die Nase in ganz hervorragendem Maasse eine Quelle reflectorischer Erscheinungen ist, so empfiehlt es sich wohl, in allen solchen Fällen, welche die erwähnten charakteristischen Zeichen darbieten und welche anderen therapeutischen Maassnahmen widerstehen, die Nase auf das sorgfältigste zu untersuchen."

LEFFERTS.

36) **A. Roche. Nasenbluten und ein einfaches Behandlungsmittel desselben. (Epistaxis, a simple method of treatment in some cases.)** *Brit. Med. Journ. 10. December 1898.*

Die Application heisser Aufschläge auf den Nacken hilft in vielen Fällen; Verf. erwähnt den Fall einer alten Dame, die er so behandelte.

ADOLPH BRONNER.

37) **Codina Castelloi** (Barcelona). **Behandlung der Epistaxis. (Tratamiento de las epistaxis.)** *Revista de Medic. y Cirug. practic. No. 577. 1898.*

Aufzählung einer langen Reihe von der Mehrzahl nach bekannten Mitteln zur Bekämpfung der Epistaxis mit Berücksichtigung ihres ursächlichen Momentes.

R. BOTEY.

38) **De Lapersonne. Ueber einige Aeusserungen der Nebenhöhlenentzündungen in der Orbita. (De quelques manifestations orbitaires des sinusites.)** *Presse médicale. 7. Mai 1898.*

Die Stirnhöhlenentzündungen sind oft von Erscheinungen seitens der Orbita begleitet und zwar:

a. die acuten Sinusentzündungen von intensiven neuralgischen Schmerzen oder Abscessen;

b. die chronischen von Fisteln, die manchmal sehr hartnäckig sind.

Der Verf. betont weiter die häufige Rückwirkung der Kieferhöhlenentzündungen auf die Keilbeinhöhle und auf die Siebbeinzellen, die beide wieder mit orbitalen Erscheinungen complicirt sein können.

PAUL RAUGÉ.

39) **Jocqs. Complicationen seitens der Augen bei Stirnhöhlenentzündung. (Complications oculaires de la sinusite frontale.)** *Presse méd. 30. November 1898.*

J. stellt die hauptsächlichsten Augenerkrankungen, die in Verbindung mit Stirnhöhlenempyem vorkommen, zusammen und berichtet über folgenden Fall.

52jähriger Mann klagt über Gesichtsneuralgie und eine Sehstörnng, die mit Schwindelanfällen einhergeht. Die Untersuchung der Augen ergiebt Astigmatismus, jedoch keine Sehstörung bei isolirter Prüfung jedes Auges und keine Veränderung am Hintergrund. Sobald aber beide Augen zusammen functioniren, macht sich eine Störung bemerkbar; es besteht gekreuztes Doppelsehen durch Insufficienz des rechten Musc. superior.

Beim Suchen nach der Ursache dieser Störung constatirt J. eine chronische Coryza mit linksseitiger Stirnhöhlenentzündung. Luc untersucht den Patienten und findet in beiden Stirn- und beiden Kieferhöhlen Eiter. Operation am 9. Juli. Am 2. August wird der Kranke geheilt entlassen; die Sehstörung ist völlig beseitigt.

A. CARTAZ.

40) **Fein. Ueber Eiterungen der Nebenhöhlen.** Wissenschaftl. Verein der k. u. k. Militärärzte der Garnison Wien, 12. März 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 28. 1898.*

Kurzer Vortrag. F. bespricht die Aetiologie, die Symptome und die Behandlung.

CHIARI.

41) **M. Lermoyez** (Paris). **Die Diagnose und Behandlung der acuten Entzündungen der Gesichtsnebenhöhlen; zum Gebrauch für Nicht-Rhinologen. (Diagnostic et traitement des sinusites aigues de la face à l'usage des non-rhinologistes.)** *Presse méd. 16. Februar 1898.*

Man sieht ziemlich häufig acute Nebenhöhlenentzündungen, die durch das brüske Auftreten einer Naseneiterung und durch neuralgische Schmerzen charakterisirt werden. Bei rechtzeitigem Eingreifen der Therapie gelingt nicht selten die abortive Heilung derselben. L. empfiehlt Inhalation von Menthol und warme Umschläge.

PAUL RAUGÉ.

42) **W. Lamb. Die Diagnose der Nasennebenhöhleneiterungen. (The diagnosis of suppuration in the accessory cavities of the nose.)** *Birmingham Medical Review. December 1898.*

Ein zusammenfassender Bericht über die Symptomatologie der Sinuserkrankungen. Der Arbeit sind einige Abbildungen nach Zuckerkandl beigegeben.

ADOLPH BRONNER.

43) **Henry L. Swain. Acute Stirnhöhlenentzündung. (Acute frontal sinusitis.)** *N. Y. Medical Record. 21. October 1898.*

S. stellt fest, dass dies Leiden seit den wiederholten Grippeepidemien häufiger geworden ist; da wiederholte Attacken die Widerstandskraft herabzusetzen pflegen, so dürfte es in Zukunft leicht noch häufiger werden. — Der Grund dafür, dass die Infection in einem Fall die Nebenhöhlen afficirt, im anderen nur einen acuten Schnupfen erzeugt, liegt wahrscheinlich darin, dass in den Fällen der ersten Art gewisse Veränderungen vorher in der Nase bestanden, deren Folge eine Verengerung der Abflussöffnung des Sinus war. Dadurch entsteht eine Secretretention mit ihren Folgen, Congestion, Schwellung, Hypertrophie und es sind günstige Bedingungen für die Ansiedelung und Vermehrung von Bacterien geschaffen. Die Secretion ist übrigens zu gewissen Zeiten profuser als zu anderen, wodurch wahrscheinlich die grössere Schmerzhaftigkeit der Stirnhöhlenentzündung am Morgen erklärt wird.

Verf. bespricht dann die Behandlung. Cocain soll der Arzt nur selbst anwenden, nicht dem Patienten in die Hand geben. Eher kann man demselben eine Lösung von Suprarenalextract anvertrauen. Empfohlen wird eine Combination von Cocain (4 pCt.) mit Suprarenalextract (2 oder 3 pCt.).

LEFFERTS.

44) **Gerber** (Königsberg). **Empyem der Sinus frontales mit Usur der ganzen vorderen Wand.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. VIII, 1. p. 192. 1898. Deutsche med. Wochenschr. 1898. Vereinsbeil. No. 27.*

Der Durchbruch eines Nebenhöhlenempyems durch die vordere Wand ist an sich selten; eine so totale Zerstörung der vorderen Wand bei Stirnhöhleneiterung aber, wie sie G. in seinem Falle sah, ist noch nicht bekannt. Aetiologisch wirkten wahrscheinlich 3 Factoren zusammen: Ozaena, Lues und Trauma. Der Fall wurde operativ geheilt.

F. KLEMPERER.

45) **R. H. Stewart. Ein Fall von doppelseitigem Empyem der Stirnhöhle mit nur einem Infundibulum. (A case of double empyema of the frontal sinus with one infundibulum.)** *Lancet. 10. December 1898.*

Der 29jährige Patient hatte Nasenpolypen in der linken Nase gehabt und über Stirnkopfschmerz geklagt. Nach Entfernung der Polypen war der Schmerz verschwunden, aber nach ein paar Monaten kehrte er wieder. Die linke Stirnhöhle wurde mittelst Trepan eröffnet; es fand sich eine Communication mit der rechten Stirnhöhle, die ganz von Granulationen ausgefüllt war und in der kein Infundibulum entdeckt werden konnte.

ADOLPH BRONNER.

46) **Karutz** (Lübeck). **Stirnhöhlenempyem nach galvanokaustischer Aetzung der unteren Nasenmuschel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 8. p. 555. 1898.*

Mittheilung eines Falles. 30jähriger Patient mit Otitis media und Rhinitis chronica hypertrophica dextra. Das Ohr besserte sich unter geeigneter Behandlung, ohne ganz auszuheilen. Deshalb wurde die untere Nasenmuschel mit dem Galvanokauter geätzt. Acht Tage nachher Beginn einer acuten eitrigen Entzündung der rechten Stirnhöhle, die ohne äusseren Eingriff in 2 Wochen zur Heilung kommt.

F. KLEMPERER.

47) **Furet. Empyem der Stirnhöhle mit Ableitung in die Kieferhöhle. (Empyème frontal se déservant dans le sinus maxillaire.)** *Arch. internat. de laryngol. No. 6. November-December 1898.*

Kranker mit acutem foetidem Empyem der linken Stirn- und Kieferhöhle. Die Operation der Stirnhöhle mit Auswaschungen der Kieferhöhle führte das Verschwinden der Eiterung in beiden Höhlen herbei. Der Verf. schliesst daraus, dass die Kieferhöhle gar nicht selbst erkrankt war, sondern einfach als Ablagerungsstätte für den Eiter der Stiruhöhle diente.

E. J. MOURE.

48) **L. Poisson. Fisteln der Stirnhöhle. (Fistules du sinus frontal.)** *Gazette méd. de Nantes. 24. December 1898.*

Klinische Vorlesung über einen Fall von Fistel der Stirnhöhle bei einer 64jährigen Frau, die zahlreiche Gesichtserysipele gehabt hat. Der Anfang der Stirnhöhlenentzündung, der durch Kopfweh und Schmerzen in der Stirn gekennzeichnet ist, liegt 8 Jahre zurück. Ein Abscess und die Fistel am Augenhöhlenrand entwickelte sich vor 6 Monaten. P. behandelte die Fistel durch breite Eröffnung des Sinus mit Curettement und Drainirung durch die Nase.

A. CARTAZ.

49) **Tauber. Von den Osteomen der Stirnhöhle. (O kostowikach lobnoi peschtscheri.)** *Chirurgie. No. 13. 1898.*

Tauber operirte einen Fall mit gutem Erfolg. In der Literatur hat er nur 20 Fälle gefunden, von denen 9 bei der Operation zu Grunde gingen.

P. HELLAT.

50) **Prioux** (La Rochelle). **Intracranielle Geschwulst ein Empyem der Stirnhöhle vortäuschend. (Tumeur intracrânienne simulant l'empyème du sinus frontal.)** *Congrès d'ophthalmologie. Mai 1898.*

62jähriger Patient mit Behinderuug der Nasenathmung, altem Nasenausfluss

und heftigem Stirnkopfschmerz; dabei Exophthalmus des rechten Auges. Es wurde trepanirt und ohne dass man auf eine Stirnhöhle traf, erreichte man direct die Dura mater. Es handelte sich um einen Tumor, der sich in der Gegend des Siebbeins entwickelt hatte und der alle Symptome eines Stirnhöhlenempyems darbot, während doch eine Stirnhöhle überhaupt nicht da war.

Der Verf. erinnert an das relativ häufige Vorkommen dieser Anomalie (nach Boyer 8 pCt.) und räth, stets an diese Eventualität zu denken, ehe man zur Trepanation schreitet.

PAUL RAUGÉ.

51) **Gouly. Die Diagnose des Stirnhöhlenempyems. (The diagnosis of frontal empyema.)** *N. Y. Med. News. 24. September 1898.*

G. sagt, dass das Stirnhöhlenempyem häufig übersehen wird. Er bespricht die 3 Cardinalsymptome der typischen Fälle: Schmerz an der Nasenwurzel, nasale Verstopfung und eitriger Ausfluss aus der Nase oder durch den Nasenrachen. Die Durchleuchtung kann die Diagnose unterstützen, reicht aber allein nicht zur Stellung einer Diagnose aus, zumal wenn ihr Resultat dem anderer Untersuchungsmethoden widerspricht. Beide Seiten müssen erleuchtet und verglichen werden. Selten sind beide Stirnhöhlen gleichzeitig afficirt; es setzt dies voraus, dass die Rhinitis und Obstruction doppelseitig war, was gewöhnlich nicht der Fall ist.

LEFFERTS.

52) **Golowin** (Moskau). **Operative Behandlung der Stirnhöhlenerkrankungen. (Operatiwnoe letschenie sabolewanii lobnoi pasuchi.)** *Chirurgie. August 1898.*

In einer lesenswerthen Arbeit beschreibt G. zunächst die Methoden, welche zur Behandlung des Stirnhöhlenempyems angegeben sind, und geht dann zur Mittheilung seiner eigenen Methode über. G. führt einen rechtwinkligen Schnitt über der Stirnhöhle aus. Der eine Schnitt verläuft parallel der Augenbraue, der andere in der Medianlinie der Stirn. Sie gehen durch Haut und Periost. Der Lappen wird zurückgeschlagen und der Knochen von der Basis des Hautperiostlappens durchgeschlagen, ebenso in der Medianlinie und über der Augenbraue durchgebrochen, sodass der Knochenlappen umgekehrt vom Hautperiostlappen zu liegen kommt. Dann wird die Stirnhöhle ausgeschabt und ein Drain in die Nase eingeführt. Verf. hat diese Methode in 3 Fällen versucht; die Resultate erwiesen sich kosmetisch als gut.

Die zweite Methode besteht in der Anlegung einer kleinen Trepanationsöffnung über der Augenbraue und Verbrühung der Stirnhöhle mittelst heissen Dampfes von 100^0 während $1-1^1/_2$ Min. Auf diese Weise gelang es G., in mehreren Fällen vollständige Verödung der Stirnhöhle herbeizuführen. In der letzten Zeit vereinigte er die Verbrühung mit der typischen Methode und hat damit gute Resultate erzielt.

P. HELLAT.

53) **R. Etiévant** (Lyon). **Ueber die Behandlung der Stirnhöhleneiterungen, speciell über die Ogston-Luc'sche Methode. (Traitement des suppurations du sinus frontal. Methode Ogston-Luc en particulier.)** *Thèse de Lyon. 1898.*

Während bei der einfach schleimigen Sinusitis die Katheterisung und Injectionen genügen, geben diese bei den fungösen Formen kein Resultat.

Die Trepanation des Sinus von der Stirn her mit Drainage durch die Nase sind in letzterem Falle anzuwenden. Verf. empfiehlt dafür die Luc'sche Methode mit unmittelbarer Vernähung der Stirnwunden. PAUL RAUGÉ.

54) **Röpke** (Solingen). **Die Radicaloperation bei chronischen Verschleimungen und Eiterungen der oberen Nasennebenhöhlen.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. VIII. p. 308. 1898.*

R. berichtet eingehend über 12 von ihm operirte Stirnhöhlenerkrankungen, von denen 11 gleichzeitig Siebbeinerkrankungen hatten; bei 5 bestand complicirende Oberkieferhöhleneiterung; die Keilbeinhöhle war in keinem Falle erkrankt. Die Patienten wurden alle geheilt. Das kosmetische Resultat war bei 11 ein gutes, theilweise vorzügliches. Im 12. Falle entstand eine ziemlich auffällige Einsenkung der Stirn; der Pat. hatte aber ganz abnorm grosse und tiefe Stirnhöhlen.

F. KLEMPERER.

55) **H. Halász** (Budapest). **Ueber die seröse Erkrankung des Sinus maxillaris.** *Wiener klin. Rundschau. No. 46. 1898.*

Bericht über 10 Fälle, in denen die Herauslassung des im Sinus maxillaris angesammelten serösen Secretes sofortige Beseitigung der lange Zeit bestandenen heftigsten Schmerzen mit sofortiger vollkommener Heilung bewirkte. CHIARI.

56) **Charles Lucius. Diagnose der Kieferhöhlenabscesse. (Diagnostic des abscès du sinus maxillaire.)** *Thèse de Paris. 1898.*

L. bespricht die verschiedenen Symptome der eitrigen Kieferhöhlen-Entzündung. Keines derselben ist pathognomonisch; nur auf ihr Zusammentreffen gründet sich die Diagnose und in zweifelhaften Fällen muss die Probepunction gemacht werden.

Die Prognose soll die Untersuchung des Eiters in Rechnung ziehen, ferner die Dauer und die Hartnäckigkeit der Eiterung, sowie das etwaige Vorhandensein von Complicationen. Nach diesen Umständen hat auch die Therapie zwischen der Perforation von der Alveole und Ausspülung oder der Eröffnung des Sinus von der Fossa canina aus und der radicalen Curettirung zu wählen. A. CARTAZ.

57) **Fritz Grossmann** (Berlin). **Beitrag zur pathologischen Histologie des Antrum Highmori.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinolog. Bd. 8. p. 350. 1898.*

Verf. fand in polypösen Wucherungen, die der Kieferhöhle eines an Empyema antri Highmori Operirten entstammten, zahlreiche hyaline Körperchen (Fuchsinkörperchen). Er führt dieselben in Anschluss an die Ansicht von Seifert und Polyak auf eine colloide Metamorphose von Rundzellen der Infiltration zurück; die Idee einer Blastomykose ist nicht haltbar.

F. KLEMPERER.

58) **W. Stewart. Cyste der Kieferhöhle. (Cyst of the maxillary antrum.)** *Brit. Med. Journal. 26. November 1898.*

32jähriger Mann, der seit 4 Jahren an einer Schwellung unter dem linken Auge mit gelegentlichen Schmerzen leidet. Vor einem Jahre war im Munde eine

Vorwölbung zu fühlen. Die Cyste wurde geöffnet; sie enthielt eine grössere Menge glasiger Flüssigkeit, in der Cholestearin-Crystalle vorhanden waren. Der Pat. genas.

ADOLPH BRONNER.

59) **J. G. Turner. Cyste der Kieferhöhle. (Cyst of the maxillary antrum.)** *Brit. Med. Journal. 1898.*

T. ist der Meinung, dass in Stewart's Fall (s. voriges Referat) eine Zahncyste und nicht eine gewöhnliche Antrumcyste vorlag.

ADOLPH BRONNER.

60) **Lauwers. Fibrom des Sinus maxillaris. (Fibrome du sinus maxillaire.)** *Annales de l'Institut Saint Antoine à Courtrai. No. 1. 1898.*

Fibrom des Sinus maxillaris bei einer 30jährigen Person, welches von der Mundhöhle her mit breiter Eröffnung der Oberkieferhöhle und Zerstückelung des Tumors entfernt war.

BAYER.

61) **Gottlieb Kiaer** (Kopenhagen). **Das latente Empyem der Nebenhöhlen der Nase. (Det latente Empyem i Näsens Bihuler.)** Habilitationsschrift. Kopenhagen. 231 Ss. 1898.

Die Krankengeschichten (77 Fälle) stammen theils aus Dr. Schmiegelow's Privatklinik, theils aus der Ohren-, Nasen- und Halsklinik des Kommunehospitals in Kopenhagen. Ausserdem hat Verf. 200 Sectionen vorgenommen — der Sinus frontalis, sphenoidalis und die Cellulae ethmoidales wurden vom Cavum cranii, der Sinus maxillaris durch Wegmeisselung der vorderen Wand oder vom Boden aus eröffnet.

Von den anatomischen Bemerkungen soll hervorgehoben werden, dass der Sinus frontalis bisweilen (4 mal) durch Septa in Abtheilungen getheilt war, und dass jede Abtheilung ihren eigenen Ausführungsgang hatte. Einmal wurde im Septum frontale ein dritter Sinus frontalis gefunden. — Beide Sinus sphenoidales waren in 7 Fällen nicht vorhanden bei Individuen, die alle über 25 Jahre waren; in einem Falle fehlte der linke und in neun Fällen der rechte Sinus. — Bei einer Section fand sich der Sinus sphenoidalis durch ein horizontales Septum in zwei vollständig geschiedene Theile getheilt, deren Ausführgänge über einander lagen. In einem Falle wurde der rechte Sinus sphenoidalis von einem quergestellten Septum in zwei Abtheilungen getheilt, von welchen der hinterste keine Ausführungsöffnung hatte. Der Sinus maxillaris war in keinem Falle vollständig durch ein Septum getheilt.

Die 200 Sectionen verlieren einen grossen Theil ihres Interesses, weil man so wenig Aufklärung über die Todesursache erhält und überhaupt fast nichts darüber, woher das Sectionsmaterial stammt.

Empyem des Sinus maxillaris wurde bei 39 Individuen (davon bei 9 doppelseitig) gefunden.

Nicht purulentes Secret im Sinus maxillaris wurde bei 49 Individuen (davon bei 18 doppelseitig) gefunden.

Empyem des Sinus sphenoidalis wurde bei 29 Sectionen (7 doppelseitig) gefunden.

Nicht purulentes Secret des Sinus sphenoid: 40 (davon 14 doppelseitig).

Empyem des Sinus frontalis: 13 (davon 3 doppelseitig).

Nicht purulentes Secret des Sinus frontalis in 17 Sectionen (davon 10 doppelseitig).

Empyem der Cellulae ethmoidales in 7 Sectionen (davon 4 doppelseitig).

Nicht purulentes Secret der Cellulae ethmoidales: 33 (davon 21 doppelseitig).

Der Verf. giebt in dem klinischen Theile seiner Arbeit eine ausführliche Beschreibung der Symptomatologie, Diagnose und Behandlung des Empyems der Nasennebenhöhlen, ohne dabei neue Bahnen einzuschlagen. SCHMIEGELOW.

62) **Aug. Gilbert. Die tertiäre Syphilis der Nebenhöhlen und ihre hauptsächlichen Complicationen. (De la syphilis tertiaire des sinus et de ses principales complications.)** *Thèse de Paris. 1898.*

Die tertiäre Syphilis der Nebenhöhlen schliesst sich fast stets gummösen Knochenentzündungen in der Nase an; die Affection breitet sich durch Nekrose von Zelle zu Zelle aus. Klinisch stellt sich die Krankheit in 2 verschiedenen Formen dar, je nachdem sie auf die Nase beschränkt bleibt oder auf die Schädel- oder Augenhöhle übergreift. Die Prognose ist sehr wechselnd, je nach dem Fall; die cerebralen Complicationen bilden aber eine sehr erhebliche Gefahr, um so mehr, als ihr Verlauf manchmal ein sehr rapider ist. Der Tod kann in solchen Fällen durch Meningitis, Encephalo-Meningitis oder Sinusthrombose bedingt werden. Die specifische Behandlung muss mit Jod und Quecksilber in grossen Dosen eingreifen.

A. CARTAZ.

c. Mundrachenhöhle.

63) **Navratil. Osteoma frontis.** *Mon. f. Ohr. No. 1. 1898.*

Faustgrosse harte Geschwulst in der Mitte der Stirn, mit unebener Oberfläche, umgeben von einer anderen weichen fluctuirenden Geschwulst, welche seröse Flüssigkeit enthielt. SCHECH.

64) **F. Schultze** (Duisburg a. Rh.). **Die Behandlung des Gesichtslupus vermittelst der radicalen Exstirpation und nachfolgender Transplantation.** *Wiener klin. Rundschau. No. 37. 1898.*

Vortrag, gehalten auf dem internationalen Congress zu Moskau 1897.

CHIARI.

65) **William Moore** (Melbourne Victoria). **Zerstörung der Wange durch Cancrum oris behandelt mittelst der Tagliacoti'schen Operation. (Destruction of the cheek from cancrum oris treated by the Tagliacotian operation.)** *Intercolonial Journal of Australia. 20. October 1898.*

Der Fall betrifft ein 7jähriges Kind, bei dem der grösste Theil der Weich-



theile der rechten Gesichtshälfte durch die Erkrankung zerstört und nahezu der ganze rechte Oberkiefer als Sequester ausgestossen war. Ein grosser Hautlappen mit breiter Basis wurde am rechten Arme losgelöst. Die rohe Fläche desselben wurde nach Thiersch' Methode mit Hautstücken, die dem Schenkel entnommen waren, bepflanzt und der Lappen dann lose zurückgeschlagen. Nach einem Monat war dieser Lappen beiderseits mit Haut bedeckt und nun wurde er in der gewohnten Weise zur Ausfüllung des Defects im Gesicht verwendet. Die Basis, die den Lappen noch mit dem Arm verband, konnte nach 17 Tagen durchtrennt werden. Die Anheilung war eine glatte und das kosmetische Resultat ein zufriedenstellendes. Verf. bemerkt, dass Kinder die nothwendige Fixation des Armes anscheinend ohne besondere Unbehaglichkeit aushalten, während Erwachsene sie bisweilen unerträglich finden.

A. J. BRADY.

66) **Hugo** (Lyon). **Abtragung einer Geschwulst der Wange bei einem jungen Mädchen von 22 Jahren. (Ablation d'une tumeur de la joue chez une jeune fille de 22 ans.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. April 1898.*

Demonstration des nussgrossen Tumors, der in der Höhe der linken oberen Molarzähne sass und durch Rollet vom Munde aus abgetragen wurde.

Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Adenofibrom handelte, welches eine grosse Menge in Proliferation begriffener Epithelialzellen enthielt und wahrscheinlich von den an der Innenfläche der Wange gelegenen Speicheldrüsen abstammte.

PAUL RAUGÉ.

67) **van Engelen. Lippensyphilis und eiternde Halsdrüsenentzündung. (Syphilis labiale et adénite cervicale suppurée.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 33. 1898.*

Der Autor sieht in dem Falle eine einfache Coincidenz, indem er die Drüsenaffection für scrophulöser Natur hält.

BAYER.

68) **Wildersinn** (Gerladesheim). **Ueber einen Fall von Telangiectasia lymphatica der Unterlippe.** Dissert. Würzburg. 1898.

Bei einer 17jährigen Dame wurde eine knotige Verhärtung an der Unterlippe entfernt, später entstanden neben der Narbe kleine Knötchen mit bläschenartiger Decke; aus diesen Knötchen sickerte ständig seröse Flüssigkeit und in der Tiefe entstand eine deutliche Verhärtung. Nachmalige Exstirpation. Histologische Diagnose Telangiectasia lymphatica, wahrscheinlich entstanden durch Stauungen des Lymphabflusses in der Cutis.

SEIFERT.

69) **Jeanbran. Epitheliom der Unterlippe behandelt und geheilt nach dem Verfahren von Cerny und Trunecek. (Epitheliome de la lèvre inférieure traité et guéri par la procédé de Cerny et Trunecek.)** *Presse méd. 26. März 1898.*

Cerny und Trunecek machten die sensationelle Mittheilung, dass Epitheliome durch Pinselung mit einer alkoholischen Lösung von Acid. arsenicosum $^1/_{150}$ und selbst $^1/_{80}$ zur Heilung gebracht werden können. Der Fall, über den J. berichtet, zeigt, dass dies Verfahren noch zur Heilung führen kann, wenn schon die Schleimhaut und die Commissur von der Ulceration ergriffen ist.

PAUL RAUGÉ.

70) **Hugh Walsham. Knöcherne und knorplige Knötchen in der Mandel. (Bony and cartilaginous nodules in the tonsil.)** *Transact. Patholog. Soc. London 1898. Brit. Med. Journal. 22. October 1898.*

W. demonstrirt die Tonsille eines 50jährigen Mannes; in der Basis derselben liegen feste knöcherne Knötchen zerstreut. In ähnlicher Weise waren knorplige Knötchen in der Mandel eines 17jährigen jungen Mannes vertheilt. Nach des Verf.'s Meinung stammen diese von den Kiemenbögen ab.

Targett erwähnte in der Discussion ein Osteom der Haut um die Schweissdrüsen und Dr. St. Clair Thomson berichtete über einen Fall, in dem das Ende eines ungewöhnlich langen Processus styloideus beiderseits in die Tonsillen hineinragte.

ERNEST WAGGETT.

71) **Jessen** (Hamburg). **Ueber die Tonsillen als Eingangspforte für schwere Allgemeininfectionen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1898. Vereinsbeil. No. 32.*

Nach einer kurzen Uebersicht über die wesentlichen Aeusserungen in der Literatur über die Frage berichtet Vortragender über 4 Fälle: Fall 1. Angina mit Streptokokken und Staphylokokken; verbunden mit universellem Exz. papulatum und Gelenkerscheinungen. Fall 2. Acute Pyaemie. Exitus. Obduction: In allen Organen frische pyaemische Heerde. Als alleinige Eingangspforte in beiden Tonsillen kleine, mit den Krypten communicirende Abscesse eruirbar. Fall 3 und 4. Anginen auf Staphylokokkus aureus und auf Streptokokkus pyogenes beruhend. Nach Verschwinden der Beläge schwere „kryptogenetische" Sepsis mit Pleuritis, Pericarditis, Nephritis, Hautblutungen, Pneumonie etc. Der erste Pat. genas; der zweite starb, es fand sich in allen Organen der Staphylok. aureus.

Weiterhin berichtet Jessen über Fälle von „Scrophulose", in denen nach Entfernung der entzündeten Rachentonsillen alle Erscheinungen rasch verschwanden.

ZARNIKO.

72) **Karageorjanetz. Die ätiologische Bedeutung der Erkrankung der Tonsillen bei einigen Krankheiten. (Ob etiologitscheskom sabolewanii w proishoshdenii nekotorich bolesnei.)** *Ejenedelnik. 23. 1898.*

Unter 43 Fällen von Angina follicularis beobachtete K. in 5 Fällen Complicationen 3 mal mit Polyarthritis acuta, 1 mal mit Pleuritis acuta und 1 mal mit Icterus.

P. HELLAT.

73) **Sargnon** (Lyon). **Ein Fall von encystirtem chronischem Abscess der rechten Mandel ohne Fistel; Eröffnung und Zerstörung mit dem Galvanokauter; Heilung ohne Recidiv. (Un cas d'abscès enkysté chronique de l'amygdale droite sans fistule; ouverture et destruction au galvano-cautère; guérison sans récidive.)** *Lyon Medical. 3. Juli 1898.*

S. theilt einen Fall mit, den er auf der Abtheilung von Garel beobachtet hat. Fälle dieser Art sind selten und erst in neuerer Zeit ist man auf sie aufmerksam geworden, bisher sind nur etwa 20 Fälle bekannt geworden.

Die Mehrzahl dieser Abscesse tritt secundär nach wiederholten Anfällen von

acuter Tonsillitis ein. In dem einzigen Fall, der bacteriologisch untersucht wurde, fand man Staphylokokken.

Diese Abscesse kommen in 2 Formen vor:

1. Als fistulöse Form, mit oder ohne Tumor, sich mehr oder weniger schwierig entleerend.
2. Als vollständig abgeschlossene cystische Form, eine einfache Hypertrophie oder noch leichter eine Cyste der Mandel vortäuschend.

Die Diagnose dieser encystirten Formen ist nicht ohne Schwierigkeiten: Die Fluctuation ist schwierig nachzuweisen und man hält den Abscess oft für einen Tumor, z. B. für ein Fibrom. Wie bei den acuten eitrigen Tonsillitiden hat man nach dem Sitz der Eiterung zu unterscheiden:

1. Tonsillären Abscess und
2. peritonsillären Abscess.

Die Affection ist eine langdauernde, sie neigt zu acuten Exacerbationen und heilt selten von selbst. Die Behandlung muss darum eine energische sein. Nach dem Vorgang seines Lehrers Garel empfiehlt S. hauptsächlich den Galvanokauter. Das Vorgehen bei der Eröffnung hes Abscesses ist etwas verschieden, je nachdem eine Fistel besteht oder nicht. Der Abscess muss breit gespalten, die Fistelgänge eröffnet werden; die Höhle wird dann mit Jodtinctur oder Zinkchlorid gepinselt.

Cartaz, Gouguenheim, Ripault betonten die Schwierigkeit, die es hat, alle Fistelgänge, die bisweilen bis in das Gaumensegel eindringen, gründlich zu zerstören.

PAUL RAUGÉ.

74) **Treitel** (Berlin). **Ueber das Wesen und die Bedeutung chronischer Tonsillarabscesse.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 48. 1898.*

Anknüpfend an einen eigenen und zwei aus der Literatur genauer referirte Fälle (Metzner, Jessen) betont Verf. die Bedeutsamkeit chronischer Tonsillarabscesse. Es könne von ihnen aus sich eine Entzündung auf das angrenzende Halsgewebe bis in den Brustraum fortsetzen oder es könne eine Resorption von Keimen direct ins Blut stattfinden („Kryptogene Pyämie"). Als auslösende Ursache käme am wahrscheinlichsten eine acute Angina in Betracht. Prophylactisch empfiehlt Verf. breite Spaltung acuter Tonsillarabscesse, Schlitzung von Mandelpfröpfen mit nachfolgender antiseptischer Gurgelung, Berücksichtigung etwa vorhandener Naseneiterungen.

ZARNIKO.

75) **H. v. Schrötter** (Wien). **Tonsillartumor.** Demonstration im Wiener medic. Club, 16. Februar 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 48. 1898.*

Demonstration eines nussgrossen Tumors, der mit einem kurzen Stiele dem hinteren oberen Antheile der linken Tonsille in der Weise aufsass, dass ein Theil des Stieles noch am Arcus palatopharyngeus inserirt war.

CHIARI.

76) **A. Vedel. Pseudomembranöse Angina bei Pneumonie. (Pseudomembranous angina in pneumonia.)** *N. Y. Medical Record. 31. December 1898.*

Verf. beobachtete 5 Fälle von schwerer Angina bei Kindern, die durch Pneumokokken verursacht waren. 3 Fälle hatten den erythematösen Typus; diese

heilten in 7—8 Tagen. Die beiden anderen hatten pseudomembranösen Typus; sie waren von Anfang an sehr schwer und endeten trotz Seruminjection und anderer therapeutischer Versuche letal. LEFFERTS.

77) **Jacob Caz** (Petersburg). **Phlegmone glosso-epiglottica.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. 8. p. 374. 1898.*

Verf. beschreibt 2 Fälle von acuter phlegmonöser Erkrankung des Zellgewebes zwischen Zungenwurzel und Kehldeckel. Die Fossa glossoepiglottica war von einem Tumor ganz ausgefüllt; der Kehldeckel war hyperämisch und unbeweglich, so dass der Einblick in den Kehlkopf nicht gelang. Bemerkenswerth ist, dass in beiden Fällen die Affection einseitig war. Der eine Fall wurde tracheotomirt, der andere heilte auf einfach antiphlogistische Behandlung. Die Ursache der Erkrankung ist nicht klargestellt; möglicherweise spielte im ersten Falle ein Gelenkrheumatismus, im zweiten eine Verbrühung eine Rolle. Verf. empfiehlt eine sorgfältige Untersuchung der Fossae glossoepiglotticae in jedem Falle von Schluckbeschwerden oder Dyspnoe. Dass in seinen Fällen wirklich eine Phlegmone bestand, scheint mir nicht recht erwiesen. F. KLEMPERER.

78) **A. Grosheintz. Ueber die Beziehungen der Hypsistaphylie zur Leptoprosopie. Ein Beitrag zur Aetiologie des hohen Gaumens.** Dissert. Basel. 1898. *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 8. H. 3. 1898.*

G. hat auf Anregung von Prof. Siebenmann (Basel) eine Reihe von Schädelmessungen vorgenommen, deren Resultate er in folgenden Sätzen zusammenfasst.

1. Mit dem hohen schmalen Gaumen (Hypsistaphylie) ist gewöhnlich auch eine allgemeine schmale Obergesichtsbildung (Leptoptrosopie) verbunden;
2. schmale Nasenhöhle (Leptorhrinie), schmale Augenhöhlen gehören in der Regel zur hochgaumigen Schädelformation;
3. Hypsistaphylie beruht in der Regel auf einer angeborenen Rasseneigenthümlichkeit des Schädels und nicht auf extrauteriner späterer Beeinflussung durch Nasenstenose. F. KLEMPERER.

79) **O. Chiari** (Wien). **Ueber eine Modification bei Anlegung der Nähte bei der Uranoplastik behufs Schliessung erworbener Defecte.** K. k. Gesellschaft der Aerzte, 11. November 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 1. 1899.*

Es handelte sich um einen 1 cm im Durchmesser habenden runden Defect in der Mittellinie des harten Gaumens und zwar weit vorn. — Die Uranoplastik gelang mit einer angelhakenförmigen langgestielten Nadel, welche es ermöglichte, die Fäden von hinten nach vorne durchzuführen. Das Oehr befindet sich nahe der Spitze. Jederseits wurde ein eigener Faden eingelegt und die hinteren Enden dieser Fäden geknotet und der Knoten nun durch den einen Stichkanal nach vorne gezogen. So wurden 3 Nähte angelegt. Heilung. CHIARI.

80) **Lefferts. Acute Pharyngitis. (Acute Pharyngitis.)**

Rp. Codein. 0,3
Extr. Catechu 1,8
Extr. glycyrrhizae 10,0
M. f. Massa; divide in trochisc. No. 30.

oder: Rp. Kalii chlorati 0,9
Ol. Menth. piper. gr. 2
Extr. Krameriae 0,9
Extr. glycyrrhizae 10,0
M. f. Massa; divide in trochisc. No. 30.

oder: Rp. Ammon. chlorat. 1,8
Pulv. ipecac. 0,12
Pulv. capsic. 0,03
Extr. glycyrrhizae 10,0
M. f. Massa; divide in trochisc. No. 30.

Die ersten sind in Fällen mit mässigem Schmerz zu brauchen, die zweiten bei Husten mit rauhem und reizbaren Hals, die dritten, wenn das Secret dick und zäh ist.

LEFFERTS.

81) **Redact. Notiz. Folliculäre Pharyngitis. (Follicular pharyngitis.)** *N. Y. Medical Record. 8. October 1898.*

Zur Application mittelst Wattebausch bei chronischer folliculärer Pharyngitis, Postnasalcatarrh und atrophischer Rhinitis wird empfohlen:

Jodi puri 0,18
Kalii jodati 0,3
Ac. trichloracetici 0,42
Glycerin
Aqu. destill. ana 15,0.

(Die Mischung kann auch stärker oder schwächer zusammengesetzt werden, je nach der Natur des Falles).

LEFFERTS.

82) **von Schroetter. Chronische Pharyngitis. (Chronic pharyngitis.)** *N. Y. Med. Record. 26. November 1898.*

Rp. Acid. tannici 2
Aqu. fontan. 200
Spir. frumenti
Syr. Diacodii ana 10

oder: Aluminis 3
Aqu. fontan 200
Syrup. spl. 20.

S. als Gurgelwasser zu benutzen.

LEFFERTS.

83) **Redact. Notiz. Pharyngitis sicca. (Pharyngitis sicca.)** *N. Y. Medical Record. 1. October 1898.*

Rp. Acid. carbolici 3,75
Tct. Jodi 0,30
Tct. opii 0,42
Tct. aloes gtt. X
Glycerin. 30,0.

S. 3 Mal täglich mittelst Sprays im Rachen zu appliciren.

LEFFERTS.

84) **H. Richardière** (Paris). **Die primäre Gangrän des Rachens. (Sur la gangrène primitive du pharynx.)** *Bulletin médical. 11. Mai 1898.*

Die gangränösen Anginen wurden lange Zeit als sehr häufig angesehen, zu der Zeit, als man noch die Mehrzahl der pseudomembranösen Anginen für gangränöse hielt.

Von dem Augenblick an aber, wo Bretonneau dieser Verwirrung ein Ende machte, erkannte man die thatsächlich grosse Seltenheit der primären Gangän des Rachens. Der Verf. konnte nur 13 authentische Beobachtungen dieses Leidens aus der Literatur zusammenstellen. Er fügt diesen 2 eigene Fälle hinzu, deren ausführliche Krankengeschichte er mittheilt.

Die Gangrän des Rachens kann unter mehreren Umständen eintreten:

1. Sie kann traumatischen Ursprungs sein (Verbrennung, Application von Causticis).
2. Zumeist tritt sie im Verlaufe oder als Nachkrankheit einer Infectionskrankheit auf (Masern, Scharlach, Pocken, Erysipel, Typhus, Keuchhusten, Tuberculose, Dysenterie, Diphtherie).
3. Sie kann primär sein. Ihre Aetiologie ist dann dunkel und sie kommt in diesem Falle meist bei Leuten mit vollkommen guter Gesundheit zum Ausbruch.

Die Gangrän kann diffus sein oder localisirt an gewissen Theilen des Schlundes, meist an den Mandeln.

Unter den subjectiven Symptomen sind die wichtigsten der foetide Athem, die Dysphagie und der nasale Ausfluss. Von Allgemeinsymptomen sind die Abgeschlagenheit, die Blässe, Anorexie und Verdauungsstörungen zu nennen.

Die bacteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein folgender Bacterien:

1. Leptothrix in Massen,
2. Staphylokokken, Streptokokken und Pneumokokken,
3. Tetragenusformen,
4. Diplokokken in Ketten angeordnet.

Inoculationsversuche bei Thieren mit diesen Bacterien erzeugten keine Gangrän. Alle die gefundenen Microben sind also als gewöhnliche Mundbewohner und des specifischen Charakters entbehrend anzusehen.

Die locale Behandlung bestand in Ausspülungen mit hypermanganSaurem Kali ($^{1}/_{4000}$) und Pinselungen mit Salicylglycerin. Ausserdem wurden die gangrösen Stellen mit dem Thermocauter geätzt.

Die Allgemeinbehandlung ist in erster Linie eine tonische (Todd'sche Mischung, Champagner, Milch).

Verf. bekennt am Schlusse, dass bezüglich der Pathogenese der Krankheit sich absolut nichts Positives sagen lässt. Die Krankheit ist nicht contagiös und hat keinen specifischen Erreger; ihre Ursachen sind verschiedener Art; sie unterscheidet sich in dieser Beziehung nicht von Noma und von der Lungengangrän.

PAUL RAUGÉ.

85) **Oppenheimer** (Strassburg i. E.). **Naevus vascularis des Pharynx.** *Deutsche med. Wochenschr. 1898. Vereinsbeil. No. 38.*

27jähr. Mann, Angioma simplex der ganzen linken Gesichtshälfte und linken Halsseite bis hinab zur Mitte des Sternums. Ausserdem ist die linke Pharynxhälfte (linke Hälfte des weichen Gaumens, Gaumenbögen mit Tonsille, Lig. pharyngoepiglotticum und die linke Hälfte des Kehldeckels) von derselben Bildung eingenommen, tief dunkelroth, auf Druck erblassend. Namentlich ist das Angiom der Schleimhaut, ebenso wie das der Haut angeboren. ZARNIKO.

86) **Djagilow. Abscessus retropharyngealis nach einer Entzündung der adenoiden Wucherungen. (Abs. retroph. posle wospalenija adenoidnich wegetazi.)** *Ejenedelnik. 49. 1898.*

Der Abscess wurde mittelst einer Urethralsonde eröffnet.

Aus der Beschreibung geht der Zusammenhang, auf den die Ueberschrift hindeutet, nicht hervor. P. HELLAT.

87) **Garel** (Lyon). **Längere schmerzhafte Dysphagie hinten im Halse ein Zeichen, das die Syphilis in ihren drei Stadien zu diagnosticiren gestattet. (De la dysphagie douloureuse prolongée de l'arrière-gorge comme signe permettant de diagnostiquer la syphilis à ses trois périodes.)** Clinique de l'Hôpital Saint-Pothin. — *Semaine Médicale. 6. Juli 1898.*

Gelegentlich des Berichtes über einen Fall, den er auf seiner Abtheilung beobachtet hat, spricht G. den Gedanken wieder aus, dem er öfter schon Ausdruck gegeben hat (Lyon médical. 2. und 9. Octob. 1892 und Thèse de Carbonnier, Lyon 1894) und den er in folgenden Worten zusammenfasst:

„Ein Kranker, der länger als 3 Wochen ohne Unterbrechung an Halsschmerzen beim Schlucken leidet, darf fast in jedem Falle als syphilitisch angesehen werden."

Diese wohl ein wenig absolute Form hat Garel seinem Gedanken natürlich nur gegeben, um ihn dem Gedächtniss der Aerzte besser einzuprägen. Er verkennt gewiss nicht, dass sehr viele Halsaffectionen, wie Mandelsteine, encystirte chronische Abscesse der Mandel, Krebs, Miliartuberculose, ebenfalls längere Dysphagie verursachen; aber alle diese Krankheiten sind selten im Vergleich zu der ausserordentlicheu Häufigkeit der Syphilis. Der Verf. wollte mit seinem Satze einfach sagen: Wenn ein Patient seit mehreren Wochen an Schmerzen beim Schlucken leidet, so besteht sehr grosse Wahrscheinlichkeit, dass er Syphilis hat; an Syphilis soll man deshalb in solchen Fällen an erster Stelle denken und erst wenn die Untersuchung andere Zeichen ergiebt, die Diagnose nach anderer Richtung lenken.

Die Formel, die Garel aufgestellt hat, passt übrigens nicht nur für die initialen Zeichen der Syphilis, sondern für alle 3 Stadien; besonders bei der tertiären Lues kann sie die grössten Dienste leisten.

In praktischer Hinsicht zieht Garel folgende Nutzanwendung aus seinem Satze. Er sagt den Patienten, die länger als 21 Tage an deutlicher Dysphagie leiden: „Nehmen Sie jeden Tag 4 grm. Jodkali; nach 48 Stunden wird Ihr Schluck-

schmerz vollständig verschwunden sein und in etwa 12 Tagen ist auch das Geschwür, das Sie im Halse haben, verheilt."

Wird die Garel'sche Formel überall bekannt und beherzigt, d. h. wird die Syphilis des Nasopharynx bei allen Kranken rechtzeitig der specifischen Behandlung unterworfen, dann wird man so erhebliche Zerstörungen, wie man sie jetzt oft genug beobachtet, Perforationen des Gaumensegels, Zerstörungen des Gesichts- und Nasenskeletts etc. kaum mehr zu Gesicht bekommen.

PAUL RAUGÉ.

d. Diphtheritis und Croup.

88) **Bolowkow. Ueber die Nährböden zum Zweck der Diphtheriediagnose. (O pitatelnich svedach dlja bacteriologitscheskawo diagnosa difteri.)** Dissertation. St. Petersburg. 1898.

Die Arbeit ist dem Referenten nicht zugänglich.

P. HELLAT.

89) **Bomstein. Zur Frage der passiven und activen Immunität. (K woprosy aktiwnoi i pasiwnoi immunitete.)** *R. Arichiv pathol. Bd. 5. 1898.*

B. machte Versuche an Hunden und Meerschweinchen. Seine Schlussfolgerungen fasst er folgendermaassen zusammen: Das Antitoxin verschwindet aus dem Organismus proportional der Concentration desselben. Die Dauer des Vorhandenseins des Antitoxins im Blute ist nicht proportional der eingeführten Menge; wiederholte Einführung von A. giebt bedeutend länger dauernde Immunität als eine einmal eingeführte grössere Menge.

Die Immunität bleibt längere Zeit erhalten, als im Blute Antitoxin nachgewiesen werden kann. Das A. wird scheinbar in den Geweben nicht abgelagert.

P. HELLAT.

90) **d'Astros** (Marseille). **Die antitoxische Function und der Ursprung des Diphtherie-Antitoxins. (Fonction antitoxique. Origine de l'antitoxine diphthérique.)** *Congrès de Gynécologie et de Pédiatrie de Marseille. 8.—15. October 1898.*

Man nahm anfangs an, dass das Antitoxin aus dem injicirten Toxin sich bildet. Roux stellte dann fest, dass dasselbe aus den Zellen des Organismus entsteht und dass das injicirte Toxin nur die Rolle eine Reizes für diese Zellen spielt. An der Bildung des Antitoxins sind nach vielen Autoren alle Zellen des Organismus betheiligt, nach anderen nur bestimmte Zellgruppen, die für den Reiz des Toxins besonders empfindlich sind. Metschnikoff schrieb die Ausbreitung des Antitoxins ausschliesslich den Leukocyten zu.

Der Verf. schliesst aus seinen Untersuchungen, dass das Diphtherie-Antitoxin sich nicht in den Geweben und Zellen, einschliesslich der Leukocyten, zu bilden scheint, sondern in dem Plasma; nicht ausgeschlossen freilich ist, dass es in diesem sich nur anhäuft, indem die Zellen, die das Antitoxin bilden, es in das Plasma ausschütten.

PAUL RAUGÉ.

91) **C. J. Martin** und **Thomas Cherry** (Melbourne Victoria). **Die Art des Antagonismus zwischen Toxinen und Antitoxinen. (The nature of antagonism between toxins and antitoxins.)** *Intercolonial Medical Journal of Australia. 20. December 1898.*

Mittelst des Martin'schen Gelatinefilter ist es möglich, Substanzen von grossem Moleculargewicht von Stoffen mit geringerem, in Lösungen, die beide enthalten, zu trennen. Das Diphtherietoxin passirt solche Filter, während das Antitoxin nicht hindurchgeht. Die Verf. mischten eine Lösung von Diphtheriegift, die 8 tödtliche Dosen pro Kilo Meerschweinchen in 1 ccm enthielt, mit Behring'schem Serum, das letztere in einer Menge, die mehr als ausreichend war, um alles Toxin zu neutralisisen. Diese Mischung blieb bei 30° C. zwei Stunden stehen und wurde dann durch einen Gelatinefilter geschickt. Das Filtrat wurde in verschiedenen Mengen bis zu 36 letalen Dosen Meerschweinchen injicirt; dieselben blieben vollständig gesund. Ein Parallelversuch mit Schlangengift ergab dasselbe Resultat; bei letzterem Versuch wurde die Neutralisirung nach Mischung des Antitoxins und des Giftes durch Hitze erzielt. Der Einfluss der Zeit, der Temperatur und der Menge der in Mischung gebrachten activen Stoffe ist von grösster Bedeutung; die Vernachlässigung dieser Factoren erklärt die widersprechenden Resultate anderer Forscher.

Durch eine Reihe sorgfältiger Experimente, die im Original studirt werden müssen, erweisen die Verf., dass die Antitoxine mit den Toxinen ausserhalb des lebenden Körpers in Verbindung treten können und dass durch diese Combination die Giftigkeit des Toxins neutralisirt ist.

A. J. BRADY.

92) **Th. Hase. Zur Morphologie des Blutes bei Diphtherie. (K morfologii krowi pri difterii.)** Dissert. St. Petersburg. 1898.

Die Arbeit wurde unter der Leitung von Uskow ausgeführt. Verf. giebt viele Tabellen mit Blutkörperchenzählungen und procentischer Berechnung des Verhältnissesderselben zu einander. Berücksichtigt wurden namentlich die weissen Butkörperchen, die nach dem Uskow'schen Eintheilungsprincip in junge, reife und überreife classificirt werden. Das Material zur Untersuchung lieferten 29 Kinder aus dem Elisabeth-Hospital zu St. Petersburg. Die Resultate aus der mühevollen Arbeit stellt der Verfasser in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Injection von Serum ruft bei Gesunden allgemeine Vermehrung der weissen Blutkörperchen hervor. Herabsetzung des Procentgehalts der jungen und reifen, aber eine Erhöhung der Procentzahl der überreifen.

2. Bei Diphtheritischen ruft die Seruminjection in der Mehrzahl der Fälle eine analoge Wirkung nicht hervor.

3. Der anfängliche Leucocytengehalt bei Diphtherie entspricht nicht der Schwere der Krankheit und kann für die Prognose nicht verwerthet werden.

4. Nur eine wiederholte Untersuchung der morpholog. Elemente des Blutes kann in prognostischer Hinsicht Winke geben.

5. Mit der Besserung der Krankheit vermindert sich die allgemeine Zahl der Leucocyten; die jungen Elemente vermehren sich, die überreifen nehmen ab. Bei der Verschlimmerung besteht ein umgekehrtes Verhältniss.

6. Das Fallen der allgemeinen Zahl der weissen Blutkörperchen und die Vermehrung der jungen hängt nicht nur von dem Zustande der localen Erscheinung ab.

7. Je leichter die Erkrankung, desto eher stellt sich das normale morphologische Verhältniss des Blutes wieder her.

P. HELLAT.

93) **Murawjew. Ueber die Einwirkung des Diphtherieserums auf das Nervensystem bei Meerschweinchen allein und in Verbindung mit dem Diphtherietoxin. (Ob odinotschnom i sowmestnom deistwii s difteritnim toxinom antidifteritnoi siworotki na nerwnuju sistemu morskich swinok.)** *R. Archiv pat. Bd. VI. 1898.*

M. giebt in vorliegendem Aufsatz eine Fortsetzung seiner bereits in diesem Blatte referirten Untersuchungen. Er fand, dass die Nervenzellen, besonders die des Rückenmarks auch durch das Serum deutlich verändert werden. Am geringsten waren die Veränderungen, wenn Toxin und Antitoxin einander neutralisirten und dieses namentlich in den Fällen, wo sie gleichzeitig verabfolgt wurden. Wurde das Antitoxin 24 Stunden nach Einführung des Toxins verabfolgt, so blieben die Nervenzellen im allgemeinen fast intact. Fand die Verabfolgung eine Woche nach der Intoxication statt, so konnte die zerstörende Wirkung des Toxins nicht mehr eliminirt werden. M. hält die Nervenzellen des Meerschweinchens für ein gutes Reagens auf die Neutralisation des Diptherietoxins und räth diese Prüfung anzustellen, wenn von einer exacten Neutralisation geredet werden soll.

P. HELLAT.

94) **Klimow. Die pathologischen Veränderungen der Nervenzellen der Herzganglien bei diphtheritischen Paralysen des Herzens verbunden mit einer Beschreibung ihres normalen Aussehens. (O patologitscheskich ismenenijach nerwnich kletok serdetschnich uslow pri difteritnich paralitschach serotsa w swjasi s opisaniem jich normalnawo wida.)** *R. Archiv patol. Bd. VI. 1898.*

K. fand, dass in den Herzganglien nach diphtheritischen Paralysen die Nervenzellen in allen ihren Bestandtheilen Veränderungen aufwiesen; das Protoplasma, der Kern und die Form waren in allen Präparaten verändert. Untersucht wurden die Herzen von drei an Herzparalyse gestorbenen Kindern.

P. HELLAT.

95) **J. E. Batten. Die Pathologie der diphtheritischen Lähmung. (The pathology of diphtheria paralysis.)** *British Medical Journal. 19. November 1898. N. Y. Med. Journal. 24. December 1898.*

Als die hauptsächliche Läsion, die der diphtherischen Lähmung zu Grunde liegt, darf mit Wahrscheinlichkeit eine parenchymatöse Degeneration der Myelinscheiden angesehen werden, welche die motorischen wie die sensiblen Nerven in gleicher Weise befällt. Verf. untersuchte 6 Fälle mittelst der Marchi'schen Methode. Seine interessanten Befunde im Rückenmark, am Vagus etc. müssen im Original nachgelesen werden.

ADOLPH BRONNER.

96) **Grenet und Lesné. Das Vorkommen von Diphtheriebacillen beim eitrigen, nicht-pseudomembranösen Schnupfen der Kinder. (Présence du bacille diphthé-**

rique dans les coryzas purulents non pseudo-membraneux de l'enfant.) *Arch. d. Med. des Enfants. August 1898.*

Die Verf. haben im Laboratorium von Prof. Hutinel im Hospice des Enfants-assistés das Nasensecret einer Anzahl von Kindern, die an eitriger Coryza ohne Pseudomembranen und ohne andere diphtheritische Localisation litten, bacteriologisch untersucht.

Sie fanden häufig einen sehr kleinen Bacillus, der in 24 Stunden auf Serum eine Kultur bildete. Derselbe hatte manchmal schiffchenförmige Gestalt. Kleiner als der kurze Diphtheriebacillus kann er sich wohl etwas verlängern, erreicht aber nie die Grösse des langen Diptheriebacillus. Er tödtet Meerschweinchen in der Hälfte der Fälle innerhalb 36—60 Stunden. Nach dem Resultat der Impfungen kann man unterscheiden:

1. Einen Bacillus, dessen Toxin oder Cultur Meerschweinchen unter ähnlichen Erscheinungen tödtet, wie der Diphtheriebacillus. Das Diphtherieheilserum schützt das Thier gegen die Wirkung dieses Bacillus.

2. Einen Bacillus, der Meerschweinchen nicht tödtet.

Es kommt also im Secret bei anscheinend gutartiger Coryza ein Bacillus vor, der nach Aussehen und Virulenz dem Loeffler'schen Bacill analog ist. Diese Thatsache ermöglicht ein Verständniss für das Auftreten von Diphtherie bei Kindern, die anscheinend dem Contagium der Diphtherie nicht ausgesetzt waren.

PAUL RAUGÉ.

97) **T. D. Lister. Membranöse Rhinitis und ihre Beziehung zur Diphtherie. (Membranous rhinitis and its relation to diphtheria.)** *Lancet. 5. November 1898.*

Bemerkungen in einer Discussion über diesen Gegenstand in der Royal Medical and Chirurg. Society. L. untersuchte 124 Kinder mit Diphtherie. 68 davon hatten nasalen Ausfluss, 56 nicht. 37 von den ersteren und 29 von den letzteren hatten Klebs-Loeffler'sche Bacillen in der Nase.

ADOLPH BRONNER.

98) **L. Cobbett. Der Erfolg der Serumbehandlung bei Diphtherie in London verglichen mit der in Paris und Berlin. (The result of the treatment of diphtheria by antitoxin in London compared with that in Paris and Berlin.)** *Lancet. 3. December 1898.*

In den Berliner Krankenhäusern betrug die Mortalität 1886—89 im Durchschnitt 35,7 pCt., dagegen 1894—96 nur 13 pCt. In London ist, wie C. an einer Reihe von Tabellen demonstrirt, die Procentzahl weit höher.

ADOLPH BRONNER.

99) **E. Bonsfield. Diphtherieserum in Privatpraxis. (Diphtheria antitoxin in private practice.)** *Lancet. 10. December 1898.*

33 Fälle behandelt, von denen 1 starb; das Mittel soll sogleich in grosser Dose gegeben werden.

ADOLPH BRONNER.

100) **H. D. Jerowitz. Beobachtungen über Diphtherie. (Observations in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 8. December 1898.*

J. hatte seine Erfahrungen an einem grossen Material in einer Stadt von

150 000 Einwohnern, die kein Kinderkrankenhaus besitzt, gewonnen. Seine Beobachtungen stimmen in allem Wesentlichen mit den allgemein anerkannten Anschauungen überein. Ueber den Werth des Heilserums hat er sich eine sehr günstige Meinung gebildet.

LEFFERTS.

101) **Adolph Rupp. Einiges über das Heilserum, die Diphtherie, den praktischen Arzt und die Geschichte. (Remarks on antitoxin, diphtheria, the practitioner, and history.)** *N. Y. Medical Record. 5. November 1898.*

102) **Adolph Rupp. Ein praktisches Urtheil über das Serum und die Diphtherie in der Privatpraxis. (A practical view of antitoxin and diphtheria in private practice.)** *N. Y. Medical Record. 31. December 1898.*

R. schliesst mit folgenden Sätzen:

1. Was auch Tausende von Serumfällen Hunderten von Aerzten beweisen mögen, mir sagen meine 24 eigenen Fälle klar genug, dass das Mittel keinen ausgesprochenen günstigen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit hat, dass dieselbe weder in ihrer Dauer noch in ihrer Schwere verringert wird.

2. In Croupfällen hemmt das Mittel den Fortschritt des Croups nicht. Die Operation ist es in diesen Fällen, die die Kinder rettet, nicht das Serum.

3. In keinem meiner Fälle und auch in anderen nicht, die ich in der Praxis meiner Bekannten sah, war ein zweifellos früheres Verschwinden der Pseudomembranen zu constatiren, als es ohne Serum wahrscheinlich stattgefunden haben würde.

4. In allen meinen Fällen wurde die erste Injection nicht vor dem dritten und nicht nach dem vierten Tage gemacht. Keiner der Fälle war ausgesprochen „septisch" oder „gemischt"; überhaupt handelte es sich nicht etwa um besonders schwere Fälle.

Nach alledem muss ich auf Grund von Erfahrung, nicht von Speculation sagen: Das Serum ist kein Specificum gegen Diphtherie.

SEIFERT.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

103) **C. C. Rice. Gegen acute Laryngitis. (In acute laryngitis.)** *N. Y. Med. Record. 15. October 1898.*

Rp. Picis liquidae 30,0
Alcohol 120,0.

M. D. S. 3,75 auf einen Schwamm zu träufeln, durch den der Dampf eines Inhalators geht.

Oder: Rp. Morphin. sulfur. 0,06
Extr. Hyoscyami 0,3
Glycerin.
Alcohol ana 15,0

M. D. S. 1,875 auf den Schwamm. Zur Inhalation.

LEFFERTS.



104) **Sargnon** (Lyon). **Pinselungen mit 10 proc. Lösung von Suprarenalextract bei hyperämischer Laryngitis. (Des badigeonnages de liquide surrénal au $^{1}/_{10}$ dans le traitement de laryngites hyperémiques.)** *Lyon méd. 2. Oct. 1898.*

Nachdem die Ophthalmologen seit mehreren Jahren die vasoconstrictorische Wirkung der Suprarenalpräparate therapeutisch benutzt haben und neuerdings das Mittel auch für die nasale Therapie theils zur Blutstillung, theils als Ersatz für Cocain empfohlen worden ist, hat S. es auf Garel's Abtheilung bei sechs Fällen acuter und chronischer Laryngitis angewandt.

Der unmittelbare Erfolg war ein unbestreitbarer und sehr frappanter. Nach 1 Minute verschwand die Hyperaemie des gepinselten Stimmbandes oft vollständig, die Stimme wurde besser und sogar die Verdickung schien in den chronischen Fällen etwas abzunehmen.

Unglücklicherweise erwies sich dieser Erfolg stets als vorübergehend; nach ein paar Stunden war die Röthung wieder da, oft ebenso stark wie vor der Pinselung. Der Verf. zögert selbst, zu behaupten, dass die Behandlung jemals die Dauer der Krankheit abgekürzt habe.

PAUL RAUGÉ.

105) **C. C. Rice. Gegen chronische Laryngitis und Bronchialcatarrh. (In chronic laryngitis and bronchial catarrh.)** *N. Y. Med. Record. 15. October 1898.*

Rp. Pulv. Camphorae 11,25
Menthol 15,00
Ol. pini Sylvestri 15,00
Ol. picis 7,5.
M. D. S. 2—10 Tropfen zur Inhalation.

Oder: Rp. Thymol 0,9
Eucalyptol 1,2
Creosot 7,5
Ol. pini Sylvestri 15,0
Ol. Gaultheriae 3,75.
M. D. S. 2—5 Tropfen zur Inhalation.

LEFFERTS.

106) **Sajous. Fötide chronische Laryngitis. (Fetid chronic laryngitis.)** *N. Y. Med. Record. 10. December 1898.*

Rp. Kalii hypermangan. 0,12
Aqu. destill. 60,0.
M. D. S. Mehrmals täglich einzuspritzen.

LEFFERTS.

107) **J. Sendziak. Die rheumatischen Erkrankungen des Kehlkopfs, des Rachenraumes und der Nase. (O gosicowych cierpieniach gardta, krtani i nosa.)** *Przeglad lekarski. No. 1, 3. 1899.*

Nachdem der Verf. die einschlägige Literatur zusammengestellt hat, beschreibt er einige diesbezügliche Beobachtungen.

A. v. SOKOLOWSKI.

108) **Selenski. Fall von rheumatischer Entzündung des Crico-arytaenoidal-Gelenkes des Larynx. (Slutschai rewmatitscheskawo wospalenija tscherpalo-kolgo-widnawo sotschlenenija gortani.)** *Ejenedelnik. No. 1. 1898.*

In der Ueberschrift Alles enthalten.

P. HELLAT.



109) **V. Uchermann** (Christiania). **Oedema laryngis unilaterale climacterium.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. 8. p. 287. 1898.*

Krankengeschichte einer 53jährigen Frau mit einer oedematösen Geschwulst der linken Plica aryepiglottidea, die Taubeneigrösse erreichte und nicht unbedeutende Athemnoth verursachte. Die Geschwulst geht langsam zurück, nimmt aber jedesmal wieder zu in der Zeit, in der die in Uebergang zur Menopause stehende Patientin ihre Menstruation haben sollte. Die Affection lässt nach einigen Monaten nach und ist nach etwa einem Jahre ganz verschwunden; Verf. deutet sie als eine angioneurotische Erscheinung, als ein Analogon des von Quincke beschriebenen „acuten begrenzten Hautödems".

F. KLEMPERER.

110) **S. G. Dabnay. Angioneurotisches Oedem des Larynx. (Angeio-neurotic oedema of the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 17. December 1898.*

D. theilt folgenden Fall mit: 42jährige Dame, seit einiger Zeit an leichtem Husten leidend, hat in den letzten Tagen Blut ausgehustet. Sie war dabei stimmlos und hatte etwas Athembeschwerden, doch keine Schmerzen im Larynx oder sonstwo. Die Störungen traten gerade zu der Zeit ein, wo sie ihre Periode erwarten durfte. Die Untersuchung ergiebt eine erhebliche Schwellung des Kehlkopfes oberhalb der Stimmbänder, hauptsächlich beider Taschenbänder. Das ganze Aussehen der Schleimhaut machte den Eindruck, als ob eine vicariirende Blutung aus derselben stattgefunden habe. Die Pat. macht noch folgende interessante Angaben. Sie hat wiederholt Anfälle von starker Athemnoth und Verlust der Stimme gehabt, die sehr schnell eintraten und mit grosser nervöser Erregung einhergingen. Dieselben dauerten gewöhnlich eine Reihe von Stunden. Der Verf. deutet den Fall als angioneurotisches Oedem des Larynx. Dasselbe ist durch eine Störung im vasomotorischen Nervencentrum verursacht und möglicher Weise durch eine periphere Reizung bedingt, die häufiger vom Magen als von sonst einer Stelle ausgeht.

LEFFERTS.

111) **Gustavo Sterling** (Madrid). **Ein Fall von Complication seitens des Kehlkopfs im Verlaufe eines typhösen Fiebers. (Un caso de complicacion laringea en el curso de una fiebre tifoidea.)** *La Oto-Rino-Laringologia Espannola. No. 7. 1898.*

Bericht über einen Fall von acuter Laryngitis am 7. Tage eines schweren Typhus. Heilung der Kehlkopferkrankung nach Reconvalescenz vom Typhus.

R. BOTEY.

112) **W. Freudenthal. Ein Fall von chronischer Urticaria des Kehlkopfs. (A case of chronic urticaria of the larynx.)** *N. Y. Med. Journal. 31. December 1898.*

Delbrelh stellt in seiner These (Bordeaux 1896) 25 Fälle von Urticaria der oberen Luftwege zusammen. Chronische Urticaria dieser Theile aber ist nach F. noch nicht beschrieben. Er giebt die Krankengeschichte seines Falles, eines neurotischen Patienten, bei dem gleichzeitig allgemeine Urticaria besteht. Die Epiglottis, die der einzige afficirte Kehlkopfabschnitt ist, wechselt in ihrem Aussehen; bald

zeigt sie eine oder mehrere herpetiforme Prominenzen mit oedematöser Umgebung, bald ist sie gleichmässig tiefroth gefärbt, bald wieder vollkommen blass.

LEFFERTS.

113) **S. Botella y Donoso Cortés** (Madrid). **Ein Fall von Psorospermosis laryngea. (Un caso de psorospermosis laringea.)** *La Oto-Rino-Laringologia Espannola. No. 4. 1898.*

Die Beobachtung betrifft eine 50jährige Frau, welche an der rechten Seite des Gaumenbogens nahe am Innenrande eine ulceröse Anschwellung von Haselnussgrösse zeigte. Die microscopische Untersuchung ergab Epithelialzellen, welche durch abgerundete, eine dichte Membran führende Körperchen ausgedehnt waren. Letztere schloss in sich eine protoplasmatische Kugel mit verschiedenen Kernen, vollkommen ähnlich denjenigen der Coccideen, wie sie von Darier bei der folliculären Psorospermosis der Haut, ferner in der Paget'schen Krankheit und anderen Dermatosen beschrieben worden sind. Pinselungen mit Resorcin führten zur Heilung.

R. BOTEY.

114) **L. Ebstein** (Wien). **Eine hereditär luetische Affection im Pharynx und Larynx.** Demonstration im Wiener med. Club, 16. November 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 48. 1898.*

E. weist darauf hin, dass hereditär luetische Erkrankungen im Larynx im Allgemeinen selten sind, am häufigsten noch finden sich Erkrankungen der Epiglottis, wie auch im citirten Falle. Als Therapie leitete Ebstein eine Inunctionscur mit 1 g Unguent. ciner. pro die ein.

CHIARI.

115) **L. Gautier. Die Behandlung der Kehlkopfsyphilis, speciell der Kehlkopfstenosen, mittelst der Intubation. (Traitement de la syphilis laryngée en particulier des sténoses laryngées par le tubage.)** *Echo médical de Lyon. 15. Juli 1898.*

Der Verf. giebt, über die Grenzen, die in der Ueberschrift der Arbeit gesteckt sind, hinausgehend, einen vollständigen Ueberblick über die Behandlung des Lues laryngis.

I. Secundäres Stadium: a) Medicamentöse Behandlung. Dieselbe besteht besonders in der Anwendung von Quecksilber, das man per os, cutan oder subcutan geben kann;

b) chirurgische Behandlung ist in diesem Stadium selten erforderlich. Es handelt sich dann um Dyspnoe in Folge von Abductorenlähmung, Adductorenkrampf oder acutes Kehlkopfödem. In solchen Fällen ist die Tracheotomie oder besser die Intubation anzuwenden.

II. Tertiäres Stadium: Die tertiären Formen sind oft von Dyspnoe durch acute oder chronische Larynxstenose begleitet.

a) Medicamentöse Behandlung. Man wendet Jod allein an oder seltener in Verbindung mit Quecksilber (gemischte Behandlung). Die specifische Behandlung allein wirkt im Allgemeinen auf die alten Narbenstenosen nicht mehr; dieselben erfordern eine

b) chirurgische Behandlung. Zuerst werden mit dem Kehlkopfmesser fibröse Stränge durchschnitten, Wucherungen werden entfernt. Für das Wichtigste, die Beseitigung der Dyspnoe stehen 2 Wege zur Verfügung:

1. Die nichtblutigen Eingriffe: Die Dilatation mittelst der Schrötter'schen Bougies und die modernere und sichere Methode, die Intubation.

2. Die blutigen Eingriffe: Der häufigste derselben ist die Tracheotomie mit oder ohne Anschliessen der verschiedenen Dilatationsmethoden durch Canülen, Mandrins und Dilatatoren oder durch die Intubation.

Der Verf. resumirt sich dahin, dass er bei schwerer syphilitischer Stenose der Tracheotomie die Intubation als das weniger gefährliche und leichter acceptirte Verfahren vorzieht. Dieselbe erfüllt den doppelten Zweck.

a) Die imminente Erstickungsgefahr zu beseitigen (Intubatio necessitatis).

b) Die progressive Dilatation einzuleiten (Intubator = Dilatator); deshalb kann sie auch ohne zwingende Indication vorgenommen werden.

PAUL RAUGÉ.

116) **R. Krieg** (Stuttgart). **Klinisch-statistischer Beitrag zur Frage, auf welchem Wege die Tuberculose in den Kehlkopf eindringt.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. p. 519. 1898.*

Unter 700 Fällen von Kehlkopftuberculose, die K. beobachtete, sind 275 = 39,3 pCt. einseitig und 425 = 60,7 pCt. nicht einseitig. Von den 275 einseitigen sind 252 = 91,8 pCt. correspondirend mit der befallenen Lungenseite und nur 23 = 8,4 pCt. nicht correspondirend. 252 also von 700 Kehlkopftuberculosen (=36 pCt.) sind zugleich einseitig und correspondirend mit der befallenen Lungentuberculose erkrankt. Von den nicht einseitigen — von 88 = 12,5 pCt. rein medianen d. h. an der Hinterwand oder am Kehldeckel allein erkrankten Fällen ganz abgesehen — ist ein Theil noch durch namhaftes Ueberwiegen der einen Seite ausgezeichnet (103 Fälle) und von diesen Fällen zeigt der grösserere Theil (81 = 78,5 pCt.) gleichzeitig ein stärkeres Erkranktsein der gleichseitigen Lunge. Der Rest der nicht einseitigen Fälle, in dem beide Seiten gleich stark afficirt sind, besteht aus den vorgeschrittensten Fällen und es ist nicht zu entscheiden, wie viele von ihnen in früheren Perioden der Krankheit zu den Fällen mit stärkerer Affection der einen Seite oder gar zu den einseitigen und correspondirenden gezählt haben. Aus diesem Material zieht K. den Schluss, dass „die Infection durch Inhalation und Sputum für die bei weitem meisten Kehlkopftuberculosen ausgeschlossen, vielmehr die Infection auf dem Circulationsweg als Regel zu betrachten" ist. „Von den beiden Circulationsbahnen ist wiederum die Blutbahn, als ausser Betracht kommend auszuscheiden. . . . Es bleibt somit als einzige Möglichkeit übrig die Lymphbahn."

Auf die interessanten Ausführungen über die Infectionsmöglichkeiten und -wege der Tuberculose im Allgemeinen, mit denen K. die anregende Arbeit einleitet, sei besonders hingewiesen.

F. KLEMPERER.

117) **W. Fowler** (Echuch, Victoria). **Tuberculöse Laryngitis. (Tubercular laryngitis.)** *Intercolonial Med. Journal of Anstralia. 20. October 1898.*

F. hält die tuberculöse Laryngitis für eine „Gelenkerkrankung", weil sie

stets im Crico-arytaenoidgelenk beginnt. Das afficirte Stimmband steht stets in Cadaverstellung, wobei das Gelenk die natürliche Ruhestellung hat, die alle erkrankten Gelenke einnehmen. Das frühe Eintreten der interarytaenoidalen Schwellung in jedem Falle erklärt sich durch die Schwellung, die am vorderen Theil des Crico-arytaenoidgelenks Platz greift, woselbst die Gelenkkapsel am dünnsten ist. Auch alle weiteren Fortschritte der Erkrankung im Larynx sind Ausstrahlungen aus dem einen Focus, dem Gelenk.

R. BOTEY.

118) **Kassel. Gegen Dysphagie bei tuberculöser Laryngitis. (For the dysphagia of tubercular laryngitis.)** *N. Y. Med. News. 26. November 1898.*

K. emfiehlt die intralaryngeale Injection von 1 Theil Orthoform auf 4 Theile Olivenöl. Das heftige Husten, der der Insufflation des blossen Pulvers oft folgt, wird so vermieden. Ein vorübergehendes Brennen bezeichnet den Eintritt der Anästhesie, die oft 24 Stunden anhält.

LEFFERTS.

119) **Castex** (Paris). **Die Heilbarkeit der Kehlkopftuberculose. (Curabilité de la tuberculose laryngée.)** *Congrès pour l'étude d. l. tuberculose. Paris. Juli-August 1898.*

Die Kehlkopftuberculose ist heilbar, wenn:

1. der Verlauf der localen Läsion ein torpider ist;
2. die Läsionen tief genug sitzen, um dem beständig reizenden Einfluss der Schluckbewegungen entzogen zu sein;
3. kein Fieber vorhanden ist;
4. Lungenerscheinungen fehlen oder sehr gering sind.

Verf. bespricht die Allgemeinbehandlung, deren grosse Bedeutung er betont, und die locale Behandlung. Er übt die Lannelongue'sche Methode der interstitiellen Injectionen von 2—5proc. Zinkchloridlösung, nach denen er weder starke Schmerzen, noch excessive Entzündungserscheinungen oder Glottisödem sah. In gewissen wohl begrenzten Fällen ist die Laryngotomie mit Nutzen anzuwenden.

C. hat in den letzten 3 Jahren 7 Fälle von sicherer Heilung von Kehlkopftuberculose beobachtet.

PAUL RAUGÉ.

120) **Leduc** (Nantes). **Behandlung der tuberculösen Laryngitis durch Aspiration medicamentöser Pulver. (Traitement de la laryngite tuberculeuse par des aspirations de poudres medicamenteuses.)** *Association franç. pour l'avanc. des Sciences. Nantes. August 1898.*

Verf. empfiehlt folgende Mischung:

Dijodoform 8,0	oder	Dijodoform 8,0
Cocain hydrochlor 0,08		Cocain. hydrochlor. 0,08
		Morphin. muriat. 0,04.

Von allen Substanzen, die L. versuchte, ergab das Dijodoform die besten Resultate, weit bessere vor allem, als das Jodoform, gegen das der Larynx sehr intolerant ist.

Zur Insufflation benutzt L. ein Glasrohr von 6 mm Durchmesser und 20 bis 25 cm Länge. Das gebogene Ende desselben wird dem Pat. bis an die hintere

Rachenwand eingeführt; auf einer ebenen Fläche, die das nicht gekrümmte äussere Ende der Röhre berührt, ist das Pulver ausgebreitet, das der Pat. durch eine tiefe brüske Inspriration in die oberen Luftwege einzieht. PAUL RAUGÉ.

121) **Ellet O. Sisson. Tuberculöse Laryngitis. (Tuberculous laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 24. September 1898.*

Verf. bespricht die Pathologie der Kehlkopftuberculose und den gegenwärtigen Stand ihrer Therapie. Bezüglich der letzteren sucht er eine optimistischere Anschauung zu verbreiten, als sie gegenwärtig viele Aerzte noch hegen. Die Krankheit soll zu den noch heilbaren gerechnet werden. LEFFERTS.

122) **R. Botey. Tuberculöse Laryngitis. (Tuberculous laryngitis.)** *N. Y. Med. Record. 1. October 1898.*

Rp. Acid. carbol. 1—5,0
Acid. lactic. 2—15,0
Glycerin 20,0

Die erkrankten Theile werden erst mit 10 proc. Cocain, dann mit dieser Lösung gepinselt. LEFFERTS.

123) **Castex. Kehlkopftuberculose. (Laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 10. December 1898.*

Rp. Sol. Zinc clorat 2—5 pCt.
S. zur interstitiellen Injection. LEFFERTS.

124) **Hermann Lorentz** (Finland). **Ueber die Behandlung von Lungen- und Kehlkopftuberculose im Habla Sanatorium in Finland. (Om Behandlingen af lung- och struphufvadtuberkulos i Habla Sanatorium i Finland.)**

50 proc. Milchsäurepinselungen, Einblasungen von Sozojodolzink, Parachlorphenol, Carbolglycerin und mehrere andere Medicamente werden angewandt.

SCHMIEGELOW.

125) **P. L. Peláez** (Granada). **Die Kehlkopftuberculose und ihre chirurgische Behandlung. (La tuberculosis laringea y su tratamiento quirurgico.)** *Gaceta Médica de Granada. No. 333. 1897.*

P. berichtet einen Fall von ausgebreiteter tuberculöser Kehlkopferkrankung und knüpft daran einige Bemerkungen über die in vielen Fällen nothwendige chirurgische Behandlung. R. BOTEY.

126) **Castex. Thyrotomie bei Kehlkopftuberculose. (Thyrotomy for tuberculosis of the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 23. September 1898.*

Die Thyrotomie ist eine wenig gefährliche Operation. Nachdem die tuberculösen Stellen curettirt und mit dem Thermocauter gründlich geätzt sind, wird der Larynx sofort wieder geschlossen. Die Stimme kehrt bald nach der Operation zurück und auch die Dysphagie dauert nur ein paar Tage. LEFFERTS.

127) **D. G. Morris. Zwei Fälle von Keuchhusten vom Ohr aus behandelt. (Two cases of whooping cough treated by aural medication.)** *Lancet. 24. December 1898.*

Zwei Kinder von 8 und 6 Jahren mit Keuchhusten, der seit ca. 8 Tagen bestand. Das eine Kind hatte Ausfluss aus dem Ohr, das andere nicht. Die Ohren wurden bei beiden mit warmer Borsäurelösung ausgespritzt und der Gehörgang nach Stephens Methode gepinselt. Beide Kinder waren nach 8 Tagen geheilt (!).

ADOLPH BRONNER.

128) **Uchermann** (Christiania). **Ein Fall von exspiratorischem functionellem Stimmritzenkrampf (exspiratorische und rhythmische, spastische Dyspnoe). (Et tilfälde af exspiratorisk funktionel Stemmeridskrampe [exspiratorisk og rhytmisk, spastisk Dyspnoe.)** *Norsk Magazin for Lägevidenskaben. S. 491. 1898.*

Die Arbeit ist im Archiv für Laryngologie veröffentlicht.

SCHMIEGELOW.

129) **Variot** (Paris). **Ursache der stridulösen Athmung. Sectionsbefund. (Cause de la respiration stridoreuse. Autopsie.)** *Société médicale des Hôpitaux. 27. Mai 1898.*

Es handelt sich um ein 1jähriges Kind, das seit der Geburt an stridulöser Athmung litt. Dieselbe war durch ein rauhes Geräusch bei der Athmung jedoch ohne Störung der Stimme und mit Verschwinden bei der Intubation characterisirt.

Die Autopsie ergab, dass nicht Glottiskrämpfe die Ursache des Leidens waren, sondern eine Missbildung des Larynxeingangs. Die Epiglottis war länglich, die beiden ary-epiglottischen Falten waren hypertrophisch und bildeten im Vestibulum laryngis eine Art Glottis, die sehr eng war und eine Höhe von etwa 1 cm hatte. Die wahre Glottis zeigte normale Verhältnisse.

PAUL RAUGÉ.

130) **L. Linkenheld** (Ems). **Zwei Fälle von Kehlkopfschwindel (Ictus laryngis).** *Deutsche med. Wochenschr. No. 41. 1898.*

Im Anschluss an zwei Fälle von typischem Kehlkopfschwindel (Hitzegefühl im Halse, Husten, kurzer Ohnmachtsanfall mit nachfolgendem Wohlbefinden) giebt Verf. zwei verschiedene Erklärungsversuche des Complexes. Der erste nimmt eine erhöhte Erregbarkeit der Rami pharyngei n. vagi und des Laryngeus superior in Folge von übermässigem Cigarrengenuss als Grundursache an, wozu als auslösendes Moment ein geringer anderweiter Reiz (Cigarrenrauch, Berührung mit schleimigem Secret) käme (Alcoholismus chronicus nimmt Verf. bei seinen Pat. nicht an, obwohl der eine täglich 1 Flasche Bordeaux, der andere zwei Gläser Bordeaux und zwei Gläser Bier consumirte).

Die zweite Erklärung sieht von der Nicotinwirkung ab und lässt die Reizung der sensiblen Fasern, die reflectorisch Vagusreizung mit consecutiver Gehirnanämie hervorrufen soll, lediglich durch die Berührung der Larynxschleimhaut mit aspirirtem Nasensecret zu Stande kommen.

ZARNIKO.

131) **Cl. Bernoud** (Lyon). **Neun neue Fälle von wirklichem Ictus laryngis. (Neuf nouveaux cas d'ictus laryngé essentiel.)** *Province médicale. 13. August 1898.*

Die Arbeiten von Garel und Collet (Annal. des malad. de l'or. 1894), Chazalon (Thèse de Lyon. 1896) und Fayolle (Lyon méd. 1896) haben gezeigt, dass der Ictus laryngis keine so seltene Krankheit ist, wenn man nur systematisch danach sucht.

L. berichtet über 9 neue Fälle dieser Affection. Seine Beschreibung des Leidens stimmt in allem Wesentlichen mit der von Garel und Collet gegebenen überein. Ein Patient zwischen 40 und 50 Jahre alt, Arthritiker, ohne nervöse Belastung, sehr häufig aber an einer leichten chronischen Affection der oberen Luftwege leidend, fühlt einen Kitzel im Halse, der einen Hustenanfall hervorruft. Alsbald wird das Gesicht congestionirt und der Pat. fältt bewusstlos um, oder aber es sinkt, wenn der Pat. gerade sass, sein Kopf auf die Brust. Nach ein paar Secunden erhebt er sich wieder, blass, und nimmt die unterbrochene Beschäftigung wieder auf. Er entsinnt sich, dass er husten musste, nicht aber, dass er das Bewusstsein verlor. Der Symptomencomplex hat wohl eine gewisse Aehnlichkeit mit einem epileptischen Anfall, er unterscheidet sich von ihm aber dadurch, dass die Zuckungen, wenn überhaupt welche auftreten, stets beschränkte und niemals toxische sind; dieselben sind mehr auf die beginnende Asphyxie zu beziehen. Ferner beisst sich der Pat. gewöhnlich nicht in die Zunge, lässt nicht unter sich und fühlt nachher nicht, wie dies beim epileptischen Anfall meist der Fall, Uebelkeit und Kopfschmerz. Endlich zeigt sich der Ictus laryngis meist in einem vorgeschrittenen Alter, in dem Epilepsie sehr selten mehr zum Ausbruch kommt. Es bleibt also nur ein Symptom, das an Epilepsie erinnert, das ist die Bewusstlosigkeit und diese ist nur von sehr kurzer Dauer. Thatsächlich ist der Ictus laryngis keine Epilepsie und die Bewusstlosigkeit kein epileptisches Symptom. Der Verf. schreibt die Affection in Uebereinstimmung mit Garel und Collet einem peripherischen Reizzustand des Laryngeus superior zu; dieser Reiz soll nicht etwa direct auf die Gehirnrinde, sondern auf die Herz- und Athemcentren übertragen werden. Die Störungen in der Herzbewegung und Athmung, die auf diese Weise entstehen, zusammen mit den mechanischen Störungen, welche die Erschütterung des Hustens hervorruft, lösen Veränderungen in der Circulation der Hirnrinde aus und so kommt das typische Bild des Ictus laryngis zu Stande.

PAUL RAUGÉ.

132) **A. Kreidl. Ueber die Bedeutung der Anastomose zwischen N. laryngeus super. und inferior.** Verhandlungen des physiol. Clubs in Wien, 10. Mai 1898. *Wiener klin. Wochenschr. No. 27. 1898.*

Die von Herrn Sluder (St. Louis U. S. A.) im physiologischen Institute in Wien an Hunden vorgenommenen diesbezüglichen Versuche haben gezeigt, dass nach Durchschneidung des R. anastomotic. keine Lähmung des gleichseitigen Stimmbandes auftritt. Die elektrische Reizung dieser Anastomose, sowie des R. internus des N. laryng. in der Nähe des Abganges des R. anastom. dagegen ergab prompte Adductionsbewegung des gleichseitigen Stimmbandes, welche sich

als ein typischer einseitiger Reflex erwies, dessen centripetaler Schenkel im N. laryng. sup., dessen centrifugaler im N. recurrens liegt. Sowohl die mechanische als elektrische Reizung der Anastomose löste Schmerz aus, führt demnach nur sensorische Fasern, was sich auch durch Registrirung des Blutdrucks zeigen lässt.

CHIARI.

133) **Uchermann** (Christiania). **Rechtsseitige Hemiplegie, motorische Aphasie, Lähmung der Larynxadductoren. (Höiresidig Hemiplegi, motorisk aphasi. Lammelse af Strubehovedets adductorer.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskab. April 1898.*

Die Arbeit ist im Arch. f. Laryngol., VII. Bd., S. 332 veröffentlicht.

SCHMIEGELOW.

134) **A. Greiner. Die Recurrenslähmungen. (Les paralysies récurrentielles.)** *Thèse de Paris. 1898.*

G. giebt eine sehr sorgfältige Uebersicht über die Frage der Kehlkopflähmungen und der Kehlkopfcentren. Unter dem Namen Recurrenslähmung sind nur die Kehlkopflähmungen zu verstehen, die durch eine organische Läsion, sei es des Recurrensstammes, sei es seiner bulbären oder corticalen Centren, verursacht sind; die Muskellähmungen und die hysterischen gehören nicht zu dieser Gruppe.

In den ersten Kapiteln bespricht G. die Innervation des Kehlkopfes und berichtet im Einzelnen über die Untersuchungen betreffend die corticalen und bulbären Centren. Er beleuchtet die verschiedenen controversen Punkte auf diesem Gebiete. Erwähnt sei, dass er selbst das Vorhandensein eines Nervus laryngeus medius nicht anerkennt und dass er in Bezug auf die Frage der Posticuslähmung den Semon-Rosenbach'schen Anschauungen beipflichtet und eine primäre Contractur der Adductoren nicht gelten lässt.

Die Ursachen der Recurrenslähmungen sind dreierlei: centrale, bulbäre und periphere. G. führt von jeder dieser Arten zahlreiche Beispiele an.

Was die Symptomatologie anlangt, so sind zwei Formen der Recurrenslähmung zu unterscheiden: die unvollständige oder Dilatatorenlähmung und die vollständige. Im ersteren Falle steht das Stimmband in Mittellinie, im zweiten steht es in Cadaverstellung.

Die Differentialdiagnose dieser Lähmungen wird durch die Untersuchung leicht gestellt; die der Ursachen aber ist oft sehr schwer, da sehr viele Affectionen hier in Frage kommen (cerebrale, bulbäre Processe, Tumoren am Halse, im Mediastinum, Aneurysmen etc.).

Die Prognose der Recurrenslähmung ist ernst, da dieselbe meist das Symptom einer schweren und unheilbaren, oft einer tödtlichen Grundkrankheit ist. Die Lähmung an sich aber ist gutartig, und ist das Grundleiden mit dem Leben vereinbar (z. B. bei manchen Adenopathien), so ist auch die Prognose gutartig.

A. CARTAZ.

135) **Lermoyez** (Paris). **Unheilbare gutartige Recurrenslähmung nach Masern. (Paralysie récurrentielle incurable benigne consécutive à une rougeole.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 25. Februar 1898.*

Permanente Recurrenslähmung im Gefolge von Masern ist ein ziemlich sel-

tenes Vorkommniss; nur 2 Fälle davon sind bisher bekannt. L. erinnert gelegentlich der Mittheilung seines Falles an die Eintheilung, die er in seinem Bericht an die Société française de Laryngologie im vergangenen Jahre vorgeschlagen hat:

1. unheilbare schwere Recurrenslähmung,
2. heilbare benigne Recurrenslähmung,
3. unheilbare benigne Recurrenslähmung.

Zu der letzten Gruppe, die in der Mitte zwischen den beiden anderen steht, rechnet L. seinen Fall. Derselbe beweist wieder einmal, dass die Recurrenslähmung nicht immer das Zeichen eines schweren Processes, wie Aortenaneurysma, Oesophaguskrebs, Tabes, Lungentuberculose, ist. Selbst in Fällen, in denen die Lähmung permanent und unheilbar ist, kann sie prognostisch doch von relativ geringer Bedeutung sein und braucht nicht, wie das ausgesprochen wurde, ein früher oder später zu vollstreckendes Todesurtheil bedeuten.

PAUL RAUGÉ.

136) **John F. Wilkinson** (Melbourne Victoria). **Ein Fall von Lähmung des linken Stimmbandes mit Tachycardie und Symptomen eines Mediastinaltumors. (A case of paralysis of the left vocal cord, associated with tachycardia and signs of mediastinal tumour.)** *Intercolonial Medical Journal of Australasia. 28. December 1898.*

70jähriger Mann mit linksseitiger Abductorlähmung. Der Puls ist bei Ruhe wie bei Bewegung nahezu gleich frequent, gegen 120 in der Minute. Die physikalische Untersuchung der Brust weist auf einen Mediastinaltumor. W. nimmt einen Druck und Lähmung des linken Vagus an, wobei durch Vermittelung des linken Recurrens das Stimmband gelähmt und durch Lähmung der inhibitorischen Fasern für das Herz die Tachycardie erklärt ist. Er erinnert daran, dass nach dem Thierexperiment die Mehrzahl der inhibitorischen Herzfasern im linken Vagus verlaufen.

A. J. BRADY.

137) **A. Cadel. Kehlkopflähmungen bei Tabes. (Des paralysies laryngées du tabes.)** *Thèse de Lyon. 1898.*

C. giebt auf Grund der früheren Arbeiten von Krishaber, Cherchewski, Semon und besonders von Burger, sowie einer Anzahl eigener Fälle einen guten Ueberblick über die Frage der Kehlkopflähmungen bei Tabes. Dieselben beginnen stets als Lähmung des Crico-arytaenoideus posticus und ihre Entwickelung spielt sich in 3 Phasen ab: 1. die latente reine Posticuslähmung; 2. die Periode der Athemstörungen (Posticuslähmung mit secundärer Contractur der Adductoren); 3. die Periode der Stimmstörungen (Lähmung des Posticus und der Adductoren).

Die Kehlkopfkrisen können ohne Lähmung vorkommen, meist aber treten sie bei deren Vorhandensein ein und sie sind dann um vieles schwerer. Die Kehlkopflähmungen können als Anfangssymptom im präatactischen Stadium der Krankheit eintreten. Sie sind meist durch Läsionen der bulbären Kerne verursacht, bisweilen aber rühren sie von parenchymatöser Neuritis (im Recurrens oder Vagus) her. In letzterem Falle ist das klinische Bild dasselbe, der Krankheitsverlauf aber ein viel schnellerer.

A. CARTAZ.

138) **P. Hellat** (Petersburg). **Von der Stellung des Kehlkopfes beim Singen.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. VIII. p. 340. 1898.*

Verf. stellt fest, dass bei reinen Natursängern der Kehlkopf sich entsprechend den Tönen auf- und abbewegt, dass viele professionelle Sänger ebenso singen, hervorragende Künstler aber bei feststehendem und tiefem Kehlkopf singen; eine Ausnahme bilden die Coloratursängerinnen, welche ihre Coloraturpartien mit gehobenem Kehlkopf singen. Verf. knüpft längere Erörterungen an diesen Befund und schliesst mit den Sätzen:

1. Die Hebung des Kehlkopfes bei hohen und die Senkung bei tiefen Lauten darf innerhalb der für den Gesang zugänglichen Grenzen nicht als physiologisches Gesetz angesehen werden.

2. Das Singen aller Vocale ist möglich bei hoher, beweglicher und tiefer Lage.

3. Nur bei der tiefen Lage kann sich der Kehlkopf vollständig ruhig verhalten.

4. Für die Mehrzahl der Stimmen, d. h. für Bass, Bariton, Tenor, Contralto und dramatischen Sopran giebt die Tieflage nach aller Wahrscheinlichkeit bessere Resultate.

5. Die Sanglichkeit der Sprache wird durch die Abwesenheit der schwer aussprechbaren Consonanten erhöht.

6. Für das Sprechen haben im Allgemeinen dieselben Gesetze wie für den Gesang Gültigkeit.

F. KLEMPERER.

139) **Oluschewski. Ein kurzer Blick auf die Pathologie der Sprache und ihre Bedeutung. (Vratki wsgliad na patologiu retschi i jejo snatschenie.)** *R. Arch. patol. Bd. VI. 1898.*

Nach einer eingehenden Besprechung der Anschauungen über die Entstehung der Sprache, die Ursachen und Arten der Sprachfehler geht Verfasser auch auf die Behandlung ein. Er ist der Anschauung, dass die meisten Sprachfehler, namentlich das Stottern, zu den heilbaren Neurosen gehört. Von 537 Behandelten machten 108 den vollen Cursus durch. Von diesen wurden 99 ganz geheilt, 9 zeigten bedeutende Besserung. Der Cursus dauert zwei bis drei Monate.

P. HELLAT.

140) **Geisler** (Arnsdorf). **Ueber einen Fall von hysterischem Stottern.** Dissert. Erlangen. 1897.

Bei einem 37 jährigen Manne trat plötzlich eine Störung der Sprache ein, die wegen gleichzeitiger Sensibilitätsstörungen, wegen des Fehlens anatomischer Veränderungen, des normalen Verhaltens aller Organe, besonders des Kehlkopfes und der raschen Wiederherstellung innerhalb weniger Tage als hysterisches Stottern erkannt wurde. Die Behandlung bestand vorwiegend in Sprechübungen, ausserdem in kalten Waschungen und gymnastischen Uebungen.

SEIFERT.

141) **Chervin** (Paris). **Das Stottern vom Standpunkt der militärischen Dienstpflicht. (Le bégaiement envisagé au point de vue du service militaire.)** *Bulletin médical. 28. September 1898.*

Das Stottern ist ein Grund zur Befreiung vom Dienen. Schwierig aber ist

es, Simulanten zu entdecken, sowohl für die Revisionscommission wie für den Arzt, der um ein Certificat angegangen wird. Das einzige Mittel in solchem Falle ist eine strenge Untersuchung darüber, ob der Sprachfehler des Betreffenden notorisch und public ist, oder die Forderung eines Attestes von dem Arzte, der den Patienten gewöhnlich behandelt.

In einer Tabelle, die der Arbeit beigegeben ist, stellt der Verf. die Zahl der Stotterer auf 1000 Einwohner in jedem Departement zusammen. Gegen 1000 Stotterer kommen jährlich vom Militärdienst frei.

PAUL RAUGÉ.

142) **Holger Mygind** (Kopenhagen). **Ueber die Ursache des Stotterns.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. VIII. p. 294. 1898.*

Die sehr sorgfältige Studie M.'s stützt sich auf 200 Kinder und junge Leute von 6—25 Jahren, die der Verf. untersucht hat. Sie endet mit den Sätzen: Dass das Stottern als eine ausgesprochene Neurose betrachtet werden muss, welche in aetiologischer Beziehung verwandt ist mit den sogenannten Degenerations-Neuropathien, wozu Krankheiten wie Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie, Chorea u. a. sowie gewisse Formen von Geisteskrankheiten gerechnet werden. Diese Verwandtschaft tritt namentlich dadurch hervor, dass die erwähnten Krankheiten auffallend häufig bei Verwandten der Stotterer auftreten; ferner dadurch, dass Stotterer einige von den Stigmata dieser Neuropathieen darbieten und dass das Stottern wie die meisten der erwähnten Neuropathien an ein bestimmtes Geschlecht und an eine bestimmte Altersperiode geknüpft sind (bevorzugt sind das männliche Geschlecht und das 2.—4. Lebensjahr). Das Stottern hat auch das mit den erblichen Neuropathien gemein, dass die rein unmittelbar wirkenden (occasionellen) Ursachen an Bedeutung weit hinter den fernerliegenden (disponirenden) Ursachen zurückstehen. Das Stottern stimmt endlich seinem Wesen nach mit den erblichen Neuropathien überein; denn wie diese wird es durch eine starke hervortretende Functionsstörung des Nervensystems characterisirt, während die pathologisch-anatomische Grundlage unbekannt ist. Dennoch ist es unberechtigt — wie Verf. am Schluss betont — jeden Fall von Stottern als Ausdruck für eine neuropathische Familiendisposition oder -Degeneration zu betrachten, da bei vielen Stotterern durchaus keine familiäre Belastung und auch kein einziges Merkmal einer neuropathischen Constitution oder Degeneration nachzuweisen ist.

F. KLEMPERER.

143) **W. Posthumus Meyes** (Amsterdam). **Sprechübungen bei der Behandlung der durch fehlerhaftes Sprechen entstandenen Halsleiden.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. VIII. p. 270. 1898.*

Das Halsleiden, das durch fehlerhaftes Sprechen entsteht, beschreibt M. als einen „allgemeinen congestiven Zustand der Schleimhaut des Pharynx und Larynx (zuweilen des Larynx allein), verbunden mit Paresen der Larynxmnskeln, besonders der Adductoren der Stimmbänder und complicirt sowohl mit diffusen als circumscripten Hypertrophien der Mucosa und Submucosa." Die Erkrankung entsteht durch unrichtige Tonbildung in Folge von fehlerhafter Athmung, unzweckmässiger Haltung der Zunge, ferner durch harten Tonanschlag (Glottis-

anschlag), zu hohes Sprechen, unrichtige Articulation u. a. m. Verf. bespricht diese Fehler im Einzelnen und geht dann auf die Prophylaxe und die Behandlung derselben ein. Er legt auf die locale Behandlung weniger Werth — zur Rückbildung der hypertrophischen Schleimhaut genügen meist einfache Ichthyol-Einstäubungen (1 : 300 Wasser mit 3 Tropfen Ol. menth. piper.), sowie die intralaryngeale Injection von Mentholparaffine (1 : 75 dreimal wöchentlich). — Weit wesentlicher ist ein zweckmässiger Sprechcursus, der 1—2 Monate zu dauern und auf die Athmung, die Articulation, die Tonhöhe und die Resonanz der oberhalb der Stimmritze liegenden Cavitäten Rücksicht zu nehmen hat. Verf. giebt nähere Anweisungen über die Art dieses Unterrichtes und schliesst seine lesenswerthe Arbeit mit einem Bericht über 6 seiner Fälle.

F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

144) **Redact. Mittheilung. Neuere Ansichten über die physiologische Function der Schilddrüse. (Recent views on the physiologic function of the thyroid gland.)** *N. Y. Medical News. 1. October 1898.*

Der Artikel berichtet über den Standpunkt von Munk und Exner, die beide der Schilddrüse keine so grosse Bedeutung zuschreiben können, sowie über die Arbeiten von Cyon, Berard und Magnus-Levy, welche die Theorie zu stützen geeignet sind, dass die Schilddrüse ein für den Körper sehr wesentliches Product secernirt.

LEFFERTS.

145) **Wm. E. Mosley. Der Werth der Schilddrüse. (The use of thyroid.)** *N. Y. Medical News. 17. September 1898.*

Verf. stellt die bisher bekannten Thatsachen über den Einfluss der Schilddrüse auf den Stoffwechsel zusammen.

LEFFERTS.

146) **Antonow. Materialien zur Frage der Wirkung von Thyreoidinum siccatum Merck auf den Stickstoffumsatz bei corpulenten Leuten unter gemischter Nahrung.** Dissert. Petersburg. 1898.

Die Arbeit war dem Referenten nicht zugänglich.

P. HELLAT.

147) **Afanasiew. Ueber die Behandlung der Fettsucht mit verschiedenen Schilddrüsenpräparaten. (K woprosu o letschenii oshirenia roslitschnimi preparatami schtschitowidnoi jelesi.)** *Terapew. Westnik. 1898.*

Als bestes Mittel erwies sich das Thyreoidin Merck; bei einer Dosirung von 0,2—0,4 verloren die Patienten täglich $^1/_2$ bis 1 Pfund an Gewicht.

P. HELLAT.

148) **Redact. Notiz. Die letzten Berichte über die Thyroidtherapie. (The latest reports on thyroid therapy.)** *N. Y. Med. Record. 31. December 1898.*

Die Ausbreitungsfähigkeit der Thyroidtherapie scheint noch immer nicht erschöpft; keine Woche vergeht, ohne dass neue Berichte Neues von ihrer

Leistungsfähigkeit zu melden wissen. So empfiehlt Hertoghe die Schilddrüse als Galactagogum und Stonwell bestätigte seine Augaben. In der Klinischen Therapeutischen Wochenschrift (No. 24, 1898) wird der Nutzen der Thyroidea bei spastischem Torticollis, bei Tetanie, Acromegalie, Parkison'scher Krankheit mit Struma und Sclerodermie gerühmt. Delace theilt den Fall einer hämophilen Frau mit Zahnfleischblutungen, übermässiger Menstruation und Purpura mit, der durch Thyroidea vollständig geheilt wurde. In der Gynaecologie wurde die Schilddrüsentherapie bei fibroiden Tumoren angewendet, die danach an Grösse abnahmen. In der Dermatologie wird die Schilddrüse hauptsächlich bei Psoriasis und Ichthyosis gegeben, auch gegen verfrühtes Grauwerden ist sie empfohlen worden.

LEFFERTS.

149) **Roger** und **Garnier** (Paris). **Experimentelle Infection der Schilddrüse. (Infection thyroidienne experimentale.)** *Société de Biologie. 1. October 1898.*

Die Verf. erzeugten mittelst Typhusbacillen und Staphylococcen beim Kaninchen Infection der Schilddrüse, indem sie das Bacterienmaterial in die Carotis einbrachten, die vorher in ihrem oberen Theil unterbunden war. Die Kultur direct in die Schilddrüsengefässe einzubringen, war wegen der Enge derselben nicht möglich.

Die Verf. erzielten acute, subacute und langsame, in etwa 1 Monat verlaufende Infectionen der Schilddrüse. Sie beschreiben den microscopischen Befund der 3 Formen, der den Bildern entspricht, welche die Schilddrüse beim Menschen in der Mehrzahl der Infectionskrankheiten darbietet. In den acuten Fällen sind namentlich die Gefässe und auch die Drüsenquellen selbst verändert, in den weniger acuten ist das interacinöse Bindegewebe infiltrirt, in den noch langsamer verlaufenden constatirt man eine richtige Sclerose mit Untergang der meisten Acini.

PAUL RAUGÉ.

150) **E. Grasset. Der Blutparasit des Kropfes. (L'hématozaire du goitre.)** *Académie des Sciences. 4. Juli 1898.*

Da Verf. wiederholt beobachtete, dass Kropf sich unter fieberhaften Symptomen entwickelte, hält er denselben nicht für eine Localerkrankung, sondern für eine Allgemeinkrankheit, bei der ein Symptom im Vordergrund steht, d. i. die Volumenszunahme der Schilddrüse. Die Patienten, die an dieser bisher als Kropf bezeichneten Allgemeinerkrankung leiden, haben eine grosse Schilddrüse, gerade so wie die Malariakranken eine grosse Milz haben.

Zwischen dem Sumpffieber und dem Kropf bestehen auch sonst zahlreiche Analogien: Beide Krankheiten haben ihre besondere geographische Verbreitung; beide afficiren sie eine Drüse mit sogen. interner Secretion, beide führen zu einem cachectischen Endstadium, dem Cretinismus, resp. der Malaria-Cachexie.

Von der Theorie ausgehend, dass auch der Kropf eine Infectionskrankheit ist, hat Verf. seit 1897 den Infectionserreger im Blut seiner Kranken gesucht. Bei alten Kranken fand er nichts; im Blute der Patienten aber, bei denen die Krankheit erst seit 10—15 Tagen bestand, konnte er parasitäre Elemente nachweisen. Dieselben sind sphärische Gebilde, grösser als die rothen Blutkörperchen ohne Kern; sie enthalten Körnchen von rothem Pigment und besitzen einen langen,

frei sich bewegenden Geisselfaden. Der Parasit hat viel Aehnlichkeit mit dem Laveran'schen Malariaparasiten; er unterscheidet sich von demselben durch die rothe Färbung des Pigments und durch das Fehlen der Halbmonde. Diesen Befund erhob G. bei 8 frischen Fällen von Kropf.

PAUL RAUGÉ.

151) **Ferrier. Symptomatologie und Behandlung des epidemischen Kropfes. (Symptomatologie et traitement du goitre épidémique.)** *Archives gén. de Méd. September 1897.*

a) Localsymptome:

Die wesentlichste Erscheinung ist die Vermehrung des Volumens der Schilddrüse ohne Veränderung der Consistenz. Die Hypertrophie ist vorzugsweise eine den rechten Lappen betreffende; man findet in derselben manchmal kleine Cysten.

b) Allgemeinsymptome:

1. am Circulationsapparat. Man constatirt oft Bradycardie; die Pulszahl kann bis auf 40 sinken.
2. am Nervensystem: Zittern, vasomotorische und trophische Störungen.
3. der Verdauungs- und der Athemtractus sind gewöhnlich nicht afficirt. Die Harnstoffausscheidung ist vermindert; die Temperatur ist im Anfang eher unter der Norm, als fieberhaft.

F. beobachtete 24 Fälle; er behandelte dieselben in 3 Gruppen:

a) mit Schilddrüsenzufuhr; die Resultate waren gut.
b) mit Jod; ohne Erfolg.
c) mit Thymus; ohne rechten Erfolg.

PAUL RAUGÉ.

152) **Chas. R. Dickson. Electricität bei der Behandlung des Kropfes. (Electricity in the treatment of goitre.)** *N. Y. Med. Record. 24. September 1898.*

Bei Basedow'scher Krankheit bevorzugt D. die tägliche percutane Application milder Ströme, wobei der Pat. so weit als möglich sich zurücklehnen soll. Bei Schwellungszuständen der Thyreoidea wird der positive Pol auf das Abdomen oder die Schulter gesetzt und eine percutane Application 5 oder 10 Minuten lang über der Thyreoidea geübt. Bei leichteren Formen von Hypertrophie gebraucht D. eine Electrode von der Grösse des Kropfes und Ströme so stark, als sie ertragen werden können. Bei grösseren Kröpfen zieht er die Zerstörung des Gewebes mit dem negativen Pol und die Bildung einer Cyste in dem Kropf vor. Bei cystischem Kropf wird die Cyste entleert, mit Salzlösung gefüllt und dann die negative Electrode angesetzt.

LEFFERTS.

153) **M. Jaboulay** (Lyon). **Die Exothyropexie. (L'exothyropexie.)** *Lyon méd. 18. Juli 1898.*

Die Exothyropexie erfüllt eine doppelte Indication: Sie entlastet den Hals und die verschiedenen Organe desselben und zweitens führt sie zur Atrophie des Kropfes. Bei dem suffocativen Retrosternal-Kropf erspart die Exothyropexie die Tracheotomie, dasselbe gilt von den seitlichen Kröpfen, welche die Trachea transversal comprimiren.

Wenn man einen Kropfkranken tracheotomirt, so muss man öfters die Schilddrüse in die Höhe heben, um zur Trachea zu gelangen. In solchen Fällen sieht man manchmal den Kropf zurückgehen und atrophiren. Aber diese vorbereitende Operation bei der Tracheotomie ist in keiner Weise eine Exothyropexie. Bei der letzteren wird die Trachea nicht eröffnet und das macht einen gewaltigen Unterschied. Diese einfache und reine Exothyropexie ist es, die J. der Tracheotomie gegenüberstellt und die er derselben weit vorzieht. Will man die Exothyropexie machen, so luxirt man die Geschwulst aus der Wunde und „lässt sie dort"; weiter gehen, heisst auf die alten Operationen zurückkommen. PAUL RAUGÉ.

154) **Victor Miller. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 10. December 1898.*

Die Symptome der Basedow'schen Krankheit sollen eine deutliche Vorliebe für die rechte Seite des Körpers zeigen, besonders in den Frühstadien der Krankheit. Fitzgerald (Dublin), der diese Erscheinung zu erklären versuchte, hielt die Tachycardie auch für ein rechtsseitiges Symptom, weil der rechte Vagus mit der Hemmung des Herzens wahrscheinlich mehr zu thun hat als der linke, indem das Herz „bald nach seinem Erscheinen im Embryo nach der rechten Seite hervorragt, wo es mit dem entsprechenden Vagus in Beziehung tritt."

LEFFERTS.

155) **J. E. Nihill** (Melbourne Victoria). **Krankengeschichten von 2 Fällen von Basedow'scher Krankheit in ihrer unvollständigen Form. (Notes of two cases of exophthalmic goitre in its incomplete form.)** *Intercolonial Medical Journal of Australia. 20. December 1898.*

Fall 1: 25jährige Frau mit einseitigem Exophthalmus. Mehrmonatliche medicamentöse Behandlung brachte wenig Besserung. Um diese Zeit hatte die Pat. einen heftigen Anfall von Tonsillitis. Nach der Heilung derselben war eine entschiedene Besserung der Basedow'schen Symptome zu constatiren. N. erörtert die Frage, ob diese Besserung durch die Entwicklung eines Antitoxins zu erklären ist oder ob es sich um eine rein zufällige Coincidenz handelte. — Fall 2 betrifft einen Mann von 53 Jahren. ADOLPH BRONNER.

156) **E. Boinet** (Marseille). **Pathogenese der Basedow'schen Krankheit. (Pathogénie du goitre exophthalmique.)** *Marseille médical. 1. Juli 1898.*

Verf. bespricht die neueren Arbeiten über die Bedeutung der Schilddrüse und weist auf die Analogien zwischen dem Morbus Basedowii und dem Diabetes hin. Die Hypersecretion der Schilddrüse und die Vasodilatation ihrer Gefässe steht ebenso unter dem Einfluss des Centralnervensystems, wie die Hyperfunction der Leber, die sich als Diabetes äussert. Die Basedow'sche Krankheit ist primär als Reizungs-Neurose der Basedow'schen Centren zu betrachten. Zu dieser tritt erst später und secundär die Reihe der toxischen Symptome. Die secundäre Thyroidintoxication wirkt dann ihrerseits wieder zurück auf die nervösen Centralorgane. So lässt sich — wie bereits Renault (Congrès de Bordeaux 1898) sagte — weder eine rein bulbäre, noch eine Schilddrüsen-Theorie der Basedow'schen

Krankheit aufstellen, so wenig wie eine rein nervöse oder eine rein hepatische Theorie des Diabetes ausreicht.

PAUL RAUGÉ.

157) **L. Weiler** (St. Dié). **Die Schilddrüsenverordnung bei Basedow'scher Krankheit. (La médication thyroidienne dans le traitement du goitre exophthalmique.)** *Presse médicale. 27. August 1898.*

W.'s Beobachtung steht im Widerspruch zu der fast einstimmigen Ansicht der Autoren, die Schilddrüse bei Basedow für nutzlos oder gar für gefährlich halten. W.'s schwerer Fall, der allen anderen Medicamenten trotzte, wurde durch die Thyroidtherapie ausserordentlich beeinflusst. W. räth deshalb bei Basedow das Thyroidin stets, wenn auch mit Vorsicht, zu versuchen, da es offenbar Fälle giebt, in denen es Nutzen bringt.

PAUL RAUGÉ.

158) **Sir William Stokes. Thyroidectomie bei Basedow'scher Krankheit. (On thyroidectomy in exophthalmic goitre.)** *Brit. Med. Journal. 29. Octob. 1898.*

Vortrag gehalten in der Section für Chirurgie auf der Edinburger Versammlung der Brit. Med. Association.

Pat. ist 32 Jahre alt. Die Anschwellung der Schilddrüse wurde 1887 zuerst bemerkt. 1894 besserten sich die Symptome unter geeigneter Behandlung, aber 1896 kehrten sie wieder. Der Halsumfang betrug 18 Zoll, die Herzaction war unregelmässig, die Augen vorstehend; Graefe's und Stellwag's Symptom nicht vorhanden. Ein grosser centraler Tumor und ein kleinerer rechtsseitiger wurden aus der Schildrüse excidirt. Während der Operation mehrere heftige Anfälle von Dyspnoe und Ohnmacht, doch Ausgang in Heilung.

ADOLPH BRONNER.

159) **Redact. Notiz. Der Effect der Sympathicusresection bei Basedow'scher Krankheit. (The effects of resection of the sympathetic on exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 8. October 1898.*

Bericht über die mit dieser Operation erzielten Erfolge mit Wiedergabe eines der französischen Fälle.

LEFFERTS.

160) **Ch. Abadie** (Paris). **Die Ursache der Todesfälle nach der Thyroidectomie. (Des causes de la mort dans les opérations de thyroidectomie.)** *Bulletin méd. 23. März 1898.*

Wieder einmal, wie schon so oft in den letzten 2 Jahren, tritt Abadie für die Sympathicus-Theorie der Basedow'schen Krankheit ein. Er wendet sich gegen die von Poncet, Jaboulay und Bérard ausgesprochene Meinung, dass der plötzliche Tod nach Eingriffen an der Thyreoidea durch den Uebergang einer übermässigen Menge von Schilddrüsensecret in die Blutbahn verursacht sei. Die Schilddrüse bildet ihr Secret nur dem jeweiligen Bedürfniss entsprechend und kann nicht plötzlich in einem gegebenen Moment eine grosse Menge davon auf einmal abgeben. A. glaubt auch nicht an eine gesteigerte Bildung des Secrets unter dem Einfluss des Reizes, den die Operation selbst auf die Secretionsnerven ausübe. Ebensowenig scheint ihm die Annahme zulässig, dass beim Morbus Basedow das Schilddrüsensecret hypertrophisch wird und plötzliche Zufälle hervor-

ruft; weisen doch alle Erfahrungen darauf hin, dass die künstliche Hyperthyroidation beim Thiere erst nach längerer Zeit den Tod herbeiführt.

Der Schluss, zu dem Verf. natürlich gelangt, ist: richtig ist nur die Theorie von Abadie, dass eine permanente Reizung der Vasodilatatoren des Sympathicus vorliegt. Als therapeutische Consequenz ergiebt sich daraus: Niemals bei Basedow die Schilddrüse anrühren; nur am Sympathicus darf eingegriffen werden, aber auch dort ist alles zu vermeiden, was einen zu lebhaften Reiz setzen kann (ausgedehnte Resection), weil dadurch die Herznerven in Mitleidenschaft gezogen werden und die letalen Anfälle von Tachycardie entstehen können, die man nach dem Eingriff mehrfach beobachtet hat. Die einzig empfehlenswerthe Operation bleibt die einfache Durchschneidung des Sympathicus. PAUL RAUGÉ.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. November 1898.

Treitel stellt einen 19 jähr. Pat. vor, der seit 2 Jahren heiser ist und seit kürzerer Zeit Athembeschwerden hat.

Die rechte Hälfte des Velum ist nach oben gezogen und zeigt eine tiefe Narbe, die Uvula fehlt, im Nasenrachen sieht man knotige Verdickungen und Narben. Von den Stimmbändern ist im hinteren Theil nur ein schmaler Streifen vorhanden, in der vorderen Hälfte sind sie diaphragmatisch verwachsen. Da die Knoten im Nasenrachen nach Jodkaligebrauch zurückgegangen sind, handelt es sich wohl um Lues. Auf die Frage, ob jetzt schon die Intubation angezeigt wäre, räth A. Rosenberg dieselbe zu verschieben, bis die vorhandenen entzündlichen Erscheinungen in der Kehlkopfschleimhaut gänzlich geschwunden sind.

Kirstein zeigt ein Instrument, mittelst dessen man die Regio retrolaryngealis besichtigen kann, das wie ein Oesophagoskop construirt und zu gebrauchen ist und einen bei der Einführung gegen die Wirbelsäule zu richtenden und dann nach vorn zu drehenden Ausschnitt hat.

A. Rosenberg zeigt das Präparat eines Larynxcarcinoms von einem vor 14 Tagen operirten 54 jähr. Pat., das die ganze linke Seite des Kehlkopfes einnahm und den Ringknorpel necrotisirt hatte. Wie gewöhnlich bei älteren Carcinomen erwies sich auch dieses viel ausgebreiteter, als die laryngoscopische Untersuchung vermuthen liess. Die nach der Exstirpation der erkrankten Partie



entstandene Wundhöhle wurde von Gluck nach seiner Transplatationsmethode mittelst eines benachbarten Halshautlappens gedeckt, so dass die linke Seite der Kehlkopfhöhle eine cutane Auskleidung erhält.

P. Heymann bestätigt aus seiner Erfahrung die Vorzüge der Gluck'schen Operationsmethode.

Alexander zeigt das Präparat eines Aortenaneurysma, das bei einem 54 jähr. Arbeiter Schmerzen in Brust und Hals, Bluthusten und Heiserkeit (in Folge von linksseitiger Recurrenslähmung) verursacht hatte. Es war durch die physikalischen Untersuchungsmethoden nicht diagnosticirbar, konnte aber bei der Röntgenisirung sofort als solches erkannt werden.

Holz: Cysten der mittleren Muschel.

Bei einem 72 jähr. Pat. mit linksseitiger Nasenverstopfung fand H. einen bis in das Nasenloch reichenden prallen Tumor, bei dessen theilweiser Extraction sich Eiter aus demselben ergoss: bei der nächsten Operation entleerte sich seröse Flüssigkeit. Es ist eine multiloculäre von der mittleren Muschel ausgehende Cyste (kein Polyp), eine Geschwulst, innerhalb deren durch Knochenreizung wohl die Drüsenausführungsgänge verstopft worden sind.

In der Discussion, an der sich P. Heymann, Rosenberg und Herzfeld betheiligen, werden Zweifel daran laut, dass die besprochene Erkrankung eine solche sui generis sei resp. ob sie nicht in genetischem Zusammenhange mit den Knochencysten der mittleren Muschel stände, was Holz zu widerlegen sucht.

Herzfeld berichtet über das Resultat der mikroskopischen Untersuchung der Mm. cricothyr. und postici und der Nn. vagi und laryng. sup. des Pat. mit doppelseitiger Recurrenslähmung, über den H. in der letzten Sitzung gesprochen und zeigt die Präparate vor. Die Nerven sind nicht wesentlich verändert; während aber die Mm. cricothyr. ein normales Aussehen zeigten, waren die Posticusmuskelfasern zerstückelt, verschieden breit und zeigten Kernvermehrung. Da bei dem Pat. im Leben totale doppelseitige Recurrenslähmung vorhanden war, hätten die wohl erhaltenen Mm. cricothyr., wenn sie im Stande sein sollten, allein Medianstellung zu erzeugen, eine solche hier herbeiführen müssen, was sie thatsächlich nicht gethan.

Grabower: Dieser Fall beweist, dass Grossmann's Annahme, bei der Recurrenslähmung müsste Medianstellung eintreten, falsch ist. Aus seinen Versuchen hat G. die Vorstellung gewonnen, dass die Mm. cricothyreoid. Hilfsmuskeln der Adductoren, insbesondere der Thyrearyt. int. seien. Jene treten erst in Function, wenn diese die ihrige bereits begonnen haben; wenn diese ihre Function einstellen, so thun es die Cricothyreoidei auch.

Sitzung vom 9. December 1898.

Gutzmann demonstrirt Gipsmodelle von Sagittalschnitten des Rachens, die er nach dem Leben (bei einem Pat., dem der linke Oberkiefer entfernt war) in

6 verschiedenen Aufnahmen hergestellt hat, so dass sie, in eine stroboskopische Scheibe gebracht, die Bewegungen der Rachenmuskulatur darstellen. Er fand beim Phoniren einen vollkommenen Abschluss des Nasen- vom Mundrachen.

B. Fränkel: Dass bei der Phonation der Nasenrachenraum nicht luftdicht nach unten abgeschlossen ist, zeigt der Umstand, dass bei intranasalen Einblasungen von Pulver dieses auf der hinteren Rachenwand zu sehen ist und öfter Husten ausgelöst wird. Ausserdem konnte F. bei einem Pat. mit Defect der Nase vom Nasenrachen aus bei der Phonation Licht in den tieferen Pharynx eindringen lassen.

Flatau hat in zwei Fällen von Gaumensegelperforation, deren einen er vorstellt, gute Resultate durch die Staphylorrhaphie erzielt, wenn er statt der üblichen sagittalen eine transversale Naht anlegte; dabei findet keine Zerrung an derselben seitens der Gaumenmuskeln statt wie bei ersterer. Allerdings tritt dabei eine Verkürzung des Gaumensegels ein; die dadurch anfänglich verursachte Rhinolalia aperta wird aber durch Sprachunterricht bald ausgeglichen.

Flatau: Ueber persistirende Fistelstimme.

Neben der optischen Untersuchung Kranker mit Fistelstimme ist für die Erkennung und Formulirung der Stimmstörung eine acustische, phonographische Fixation nöthig, die gleichzeitig dem Zwecke der Darstellung, des Unterrichts und der Controle der Therapie dient.

Man unterscheidet am besten: 1. Mutismus prolongatus, 2. Fortbestehen der kindlichen Stimme, 3. persistirende Fistelstimme — a) reine, b) diplophone Form, 4. Mutismus perversus (mannähnliche Stimme bei der Frau).

Die Therapie besteht in Tonübungen.

Haase zeigt eine Patientin, bei der man mittelst Rhinoscopia anterior die Mündung der Keilbeinhöhle sehen kann.

Hansemann: Untersuchungen über die Entwicklung der Morgagni'schen Taschen.

H. erläutert an reconstruirten Wachsmodellen die Entwicklung des Sin. Morgagni. Im Anfange des 4. Monats tritt er als eine kleine Bucht seitwärts und ein wenig nach oben heraus; allmälig wächst er und erweitert sich nach oben, wobei individuelle Verschiedenheiten bemerkbar. — In der Zeit vor der Entwicklung des Ventrikels ist der Larynxeingang geschlossen und stellt nur kurz vor ihrem Beginne einen schmalen Spalt dar; er wird dann weiter durch stärkere Entwicklung und Ausbuchtung des Schildknorpels und Grössenabnahme der Arywülste. Während weiter das Zungenbein anfänglich vor der Cartil. thyr. liegt, verschiebt es sich im Beginne des 4. Monats, d. h. zur Zeit der Entstehung des Ventrikels nach oben über den Schildknorpel. Ausser diesem zeitlichen Zusammenhang zwischen der Verschiebung des Zungenbeins und der Cart. thyr. und der Entwickelung des Sin. Morgagni besteht aber auch ein mechanischer. H. fand einmal bei einem 7,5 cm langen Fötus schon das Zungenbein über dem Schildknorpel stehen; gleichzeitig aber war der Ventrikel von colossaler Grösse.

Allerdings ist die spätere Form des Sinus nicht abhängig von und zusammenhängend mit diesen Verhältnissen.

Die Taschen sind verschieden tief auch bei denselben Patienten auf beiden Seiten; sie können mehr nach dem Zungenbein zu sich entwickeln oder mehr nach der Seite zwischen Zungenbein und Schildknorpel (Laryngocele ventricul.).

Sandmann macht darauf aufmerksam, dass bei Schaf und Rind, die keine Recessus haben, nicht die grossen, sondern die kleinen Hörner mit dem Zungenbein in Verbindung stehen.

Unter 150 Fällen fand er 3mal Asymmetrieen beim menschlichen Ventrikel; der rechte ist öfter tiefer als der linke; einmal waren die Blindsäcke sehr faltig u. a. m.

Meyer fand bereits bei 3 Monate alten Föten einen entwickelten Ventrikel.

Hansemann demonstrirt 3 Präparate von chronisch-fibrinöser Entzündung der Larynx- und Trachealschleimhaut; es handelt sich dabei, nicht wie beim Croup, um einzelne festhaftende Flocken. Immer handelte es sich um Patienten mit alter Syphilis.

P. Heymann hat diese Krankheitsform auch einmal in der Trachea eines Tuberculösen gesehen.

A. Rosenberg zweifelt daran, dass der auf dem Moskauer Congress von ihm beschriebene Fall von Laryngitis fibrinosa bei einem alten Syphilitiker mit den Hansemann'schen identisch ist.

Ferner zeigt

Hansemann ein Präparat mit starker Entwickelung, einer Art Divertikelbildung im Sinus pyriformis; ein weiteres mit Divertikel neben dem Petiol. epigl., ein solches mit einer versprengten Schilddrüse an der Zungenbasis, eines mit einer Cyste im Sinus pyriform; eines mit einer Cyste an einem Lig. aryepiglottic. und schliesslich ein Präparat mit Anteflexio epiglottidis, wie er sie zumeist bei Lues fand. A. Rosenberg.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

// Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, September. 1899. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Instrumente etc.

1) **A. A. Coolidge jr. Die neueren Fortschritte auf dem Gebiete der Laryngologie. (Recent progress in laryngology.)** *Boston Med. and Surgical Journal. 2. Februar 1899.*

Uebersicht über die neuesten laryngogischen Arbeiten. EMIL MAYER.

2) **Emil Mayer. Klinische Mittheilungen aus der Abtheilung für Halsfälle. (Clinical memoranda from the throat Department.)** *New York Eye and Ear Infirmary Reports. 1899.*

Mittheilung von 4 Fällen:

1. Starke Adenoide bei einem Erwachsenen ohne Symptome von Seiten der Ohren, obwohl beiderseits der Eingang der Tuba Eustachii verschlossen war.
2. Tuberculöser Tumor der Epiglottis, ähnlich maligner Erkrankung.
3. Retropharyngealabscess bei einem Kind, das bei der Aufnahme moribund erschien. Heilung.
4. Cyste der mittleren Muschel; Exstirpation; Heilung. Die Theorie, dass eine chronische Entzündung der Nasenschleimhaut sich auf den Knochen verbreitet, an diesem hyperplastische und dann resorptive Vorgänge auslöst, erscheint dem Verf. sehr plausibel. Autoreferat.

3) **Dunbar Roy. Einige Fehlerquellen in der modernen Therapie der Hals- und Nasenkrankheiten. (Some of the fallacies in the modern treatment of nose and throat disease.)** *Journal American Med. Assoc. 6. Mai 1899.*

R. bespricht einige therapeutische Fehler, die theils der Unkenntniss, theils zu flüchtiger Untersuchung des Falles entspringen. Zu oft werden nach seiner Meinung die Sprays angewandt, die den Schleimhäuten schaden können. Missbrauch wird auch noch immer mit dem Electrocauter getrieben. EMIL MAYER.



4) **Redact. Notiz. Mumps. (Mumps.)** *Philad. Med. Journal. 11. März 1899.*

Folgende Salbe soll bei Mumps nützlich sein:

Ichthyol.
Plumb. jodati ana 2,7
Ammon. chlorat. 1,8
Vaselin 3,75.

M. D. S. 3 mal täglich über der geschwollenen Drüse einzureiben.

EMIL MAYER.

5) **R. Meslay** und **Parent. Tuberculose der Ohrspeicheldrüse. (Tuberculose de la glande parotide.)** *Gaz. des Hôpitaux. 11. Februar 1899.*

Die Verff. geben auf Grund von 10 bisher publicirten Fällen eine allgemeine Uebersicht über die Tuberculose der Parotis. Anatomisch lassen sich zwei Formen unterscheiden: die disseminirte, bei der man verschiedene, durch mehr oder weniger verändertes Drüsengewebe getrennte Herde findet, und die confluirende, bei der die Drüse nur eine mehr oder weniger weit in der Verkäsung vorgeschrittene Masse bildet (2 Fälle). Die mikroscopische Untersuchung erweist deutlich, dass es sich um eine glanduläre Tuberculose handelt.

Das Eindringen des Koch'schen Bacillus findet meistens durch die Ausführungscanäle statt, mittelst Ascension durch den Stenon'schen Gang vom Munde aus; es kann aber auch auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahnen vor sich gehen.

Unter den 10 beobachteten Fällen betreffen 6 Männer, 4 Frauen; die linke Seite war 6 mal afficirt. Meist ist die Parotistuberculose eine locale und primäre; ihr Anfang ist schleichend, ihre Entwicklung indolent. Die Aufmerksamkeit des Kranken wird erst durch die Bildung des Tumors, der die Grösse eines Hühnereies nicht überschreitet, erregt.

Die Diagnose hat Schwierigkeiten, besonders im Anfang; Verwechslung mit erweichten Gummiknoten liegt nahe.

Die Prognose ist günstig, falls frühzeitig chirurgisch eingegriffen wird. Die Totalexstirpation der Drüse ist rathsam.

A. CARTAZ.

6) **Curtis** und **Phocas. Beitrag zum Studium der Mischgeschwülste der Parotis. (Contribution à l'étude des tumeurs mixtes de la parotide.)** *Archives provinc. de Méd. Januar 1899.*

Die Anschauungen der Autoren über die Natur dieser Geschwülste sind getheilt. Curtis und Phocas berichten über eine sehr sorgfältige Untersuchung eines gemischten Parotistumors. Die Verff. drücken die Meinung aus, dass es sich um ein Endotheliom mit Ursprung im Bindegewebe, nicht im Epithel handelt.

A. CARTAZ.

7) **Delagenière** (Tours). **Congenitale Dermoidgeschwulst des Halses. (Tumeur dermoide congénitale du cou.)** *Société de Chirurgie. 21. December 1898.*

13 jähriges Kind mit einer Fistel am Halse, die durch die spontane Eröffnung eines Tumors entstanden war. Aus der etwas eingesunkenen rundlichen Fistelöffnung entleerte sich von Zeit zu Zeit etwas trübe Flüssigkeit. Der Fistel-

gang führte nach dem Pharynx; er wurde gespalten und zur Verheilung gebracht. Verf. hält die Geschwulst, die zuerst bestand, für eine Dermoidcyste branchialen Ursprungs.

PAUL RAUGÉ.

8) **Danlos. Schwellung der Submaxillardrüsen durch Jod. (Tuméfaction des glandes sous-maxillaires d'origine jodique.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 9. December 1898.*

Eine ausgesprochene Anschwellung der Unterkieferdrüsen, die auf den Gebrauch von Jodkali zurückgeführt wurde.

PAUL RAUGÉ.

9) **P. Chenell Fenwick** (Christchurch New Zealand). **Pulsirender Tumor der Submaxillargegend. (Pulsating tumour of the submaxillary region.)** *Austral. Medical Gazette. 20. Mai 1899.*

30 jähriger Mann mit einem Tumor von der Grösse eines Golfballs unter dem linken Unterkiefer. Derselbe fühlte sich wie eine gespannte Cyste an und pulsirte sichtbar. Die Diagnose wurde auf Aneurysma der Zungenarterie gestellt. Der Tumor wurde sehr sorgfältig herauspräparirt — die Operation dauerte zwei Stunden — und entfernt; er erwies sich als zusammengesetzt aus varicösen Venen. Aus der Anamnese ist ein Fall auf das Kinn, den der Pat. mehrere Jahre vorher erlitten hatte, zu erwähnen.

A. J. BRADY.

10) **H. L. Lack. Eine neue Schlinge für Nasen-, Hals- und Ohrenoperationen. (A new snare for nose, throat and ear work.)** *Brit. Med. Journ. 2. April 1898. Lancet. 2. April 1898.*

Abbildung und Beschreibung des bei Mayer und Meltzer angefertigten Instrumentes. Dasselbe kann bei harten Geschwülsten auch eine Schneidewirkung ausüben.

ADOLPH BRONNER.

11) **J. Gabe. Eine Combination von Zungenhalter und Thermometer. (A combined tongue depressor and thermometer case.)** *Lancet. 15. November 1898.*

Abbildung.

ADOLPH BRONNER.

12) **Breitung. Sterile Tupfer für Operationen in Nase und Rachen.** *Mon. f. Ohr. No. 11. 1898.*

Korkzieherartig gedrehte eiszapfenförmige Stäbchen aus Glas, welche mit Watte umwickelt werden. Zu haben bei Pfau, Berlin.

SCHECH.

13) **Heermann** (Essen). **Aseptische Galvanokauter.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VIII. p. 202.*

Beschreibung und Abbildung der von Hirschmann (Berlin) angefertigten Brenner. Statt der Seideumspinnung haben dieselben nahe dem Handgriff eine kurze Hartgummiisolirung.

F. KLEMPERER.

14) **Lamann. Doppelbatterieeingriff und Hilfsstrom in der electro- und katalytischen Praxis.** *Mon. f. Ohr. No. 12. 1897.*

Ein Sarcom des Nasenrachenraumes sollte electrolytisch zerstört und auf die

inficirten Drüsen katalytisch eingewirkt werden, was aber nicht gelang. Deshalb wurde die electrolytische Wirkung verstärkt, ohne die katalytische zu schädigen, was L. näher anführt und im Original nachzulesen ist.

SCHECH.

15) **A. Singer** (Wien). **Ueber Salmiak-Inhalation.** *Wiener med. Presse. No. 38, 39. 1898. Wiener med. Wochenschr. No. 9. 1898.*

Demonstration eines von Prof. Urbantschitsch modificirten Apparates, welcher auf dem Principe Matthieu's fusst. Derselbe dient zur Inhalation von Salmiakdämpfen in statu nascendi.

CHIARI.

16) **A. Duke. Inhalator für heisse trockene Luft. (Warm dry air inhaler.)** *Brit. Med. Journal. 12. November 1898.*

Abbildung und Beschreibung des von Arnold & Sons (London) angefertigten Apparates.

ADOLPH BRONNER.

17) **H. H. Beale. Ein Mund-Nasen-Inhalationsrohr. (An ori-nasal inhalation tube.)** *Lancet. 16. Juli 1898.*

Abbildung und Beschreibung des Apparates, der bei Haw & Thompson (Aldergate Street) angefertigt wird. Die Drogue wird in das Ende der Röhre eingebracht, das Rohr selbst durch eine vorn untergehaltene Spirituslampe erhitzt, so dass heisse Luft inhalirt wird.

ADOLPH BRONNER.

18) **E. Yonge. Auto-Insufflator für den Kehlkopf. (Laryngeal Auto-insufflator.)** *Lancet. 4. Juni 1898.*

Beschreibung und Abbildung des von Wood & Sons, Manchester, angefertigten Instrumentes.

ADOLPH BRONNER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **Douliot. Sehen durch die Nase. (Seeing trough the nose.)** *N. Y. Med. Journal. 25. Februar 1899.*

Verf. berichtet über einen Fall, wie verschiedene andere im 16. u. 17. Jahrhundert berichtet sind, in dem ein Mann nach Verlust beider Augen durch die Nase zu sehen lernte. Das rechte Auge war bereits in der Kindheit verloren gegangen, das andere war bei einem Fall auf ein Gitter zu Grunde gegangen, bei dem auch die Nase erhebliche Verletzungen erfuhr. Ein Jahr später bemerkte der Patient, dass er durch die Nasenöffnung das Tageslicht wahrnahm und dass er auch glänzende Gegenstände, die davor gehalten wurden, zu unterscheiden vermochte. Es ist wahrscheinlich, dass ein Stück Retina erhalten ist und dass bei dem Kranken eine verbindende Oeffnung zwischen Nase und Augenhöhle besteht.

LEFFERTS.

20) **Bernoud. Cystische Degeneration beider mittlerer Muscheln; Bildung multipler Schleimcysten. (Dégénérescence kystique des deux cornets moyens. Kystes multiples à mucine.)** *Ann. des maladies de l'or. No. 10. Oct. 1898.*

67 jähriger Mann, dessen mittlere Muscheln eine myxomatöse Degeneration

der Schleimhaut erfahren haben; an der Oberfläche derselben sieht man eine grössere Zahl cystischer Hohlräume.

E. J. MOURE.

21) **Condell Juler. Nasenpolyp. (Nasal polypus.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 4. März 1899.*

Die einzig rationelle Behandlung ist die Entfernung der Polypen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

22) **R. Mc Kinney. Papillom der Nasenhöhle: Eine kurze Uebersicht mit einer Krankengeschichte. (Papilloma of the nasal cavity: a brief review with report of case.)** *N. Y. Med. Journal. 4. März 1899.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

23) **M. J. Coomes. Zwei Fälle von grossen Gefässtumoren in Nase und Rachen. (Report of two cases of large vascular tumors of the nose and pharynx.)** *Louisville Med. Monthly. März 1899.*

Es handelt sich um Fibroangiome. C. legt Gewicht auf die Entfernung dieser Geschwülste in mehrfachen Sitzungen.

EMIL MAYER.

24) **Weidenfeld** (Wien). **Demonstrationen von a) luetischem Geschwür im Gesicht, b) einem Falle von Rhinosclerom in der Nase und dem Rachen.** Wiener med. Club, Sitzung vom 23. November 1898. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 50. 1898.*

Im ersten Falle handelte es sich um ein luetisches Geschwür von seltener Ausbreitung; im zweiten ist bemerkenswerth, dass der Nasopharyngealraum bis auf Federkieldicke verengt war.

CHIARI.

25) **von Leyden. Ein Fall von geheiltem Sarcom des Nasenrachenraums. (A case of cured sarcoma of the nasopharyngeal cavity.)** *N. Y. Med. Journal. 12. November 1898.*

70jähriger Mann, seit 10 Jahren an Taubheit und Athembeschwerden leidend. Als Verf. den Pat. sah, constatirte er ausserdem Verstopfung der Nase, Schluckbeschwerden, gelegentlich blutiggefärbten Eiterausfluss aus der linken Nase und auf der Mitte der linken unteren Muschel ein Ulcus, das auf Berührung leicht blutete. Im Nasopharynx bestand ein blaurother Tumor, der auf die rechte Tubenmündung übergegriffen hatte, die Oeffnung des linken gerade erreichte und die Choanen verschloss. Die mikroskopische Untersuchung zeigte zahlreiche Rundzellen und ovale Zellen. Wegen des Alters des Patienten wurde eine Radicaloperation aufgegeben und die Geschwulst stückweise in mehreren Sitzungen abgetragen. Inzwischen bekam der Pat. Fowler'sche Lösung.

Die Nasenathmung wurde frei, das Gehör gebessert; ein Recidiv ist bisher nicht eingetreten. Der Autor macht auf den Werth des Arsens aufmerksam.

LEFFERTS.

26) **Max Thorner** (Cincinnati). **Ein Fall von Adeno-Carcinoma der Nase.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. Bd. 8. Heft 2. p. 380. 1898.*

Krankengeschichte des Falles und Wiedergabe des mikroskopischen Unter-

suchungsbefundes. Die Dauer des Krankheitsverlaufes bis zum tödtlichen Ausgang betrug etwa 2 Jahre. Die Geschwulst ist ein typisches Adeno-Carcinom. Ob es gewisse Adenomformen giebt, die von Anfang an als Adenoma malignum s. destruens bezeichnet werden müssen, obwohl sie histologisch lange nicht von den gutartigen Adenomen unterschieden werden können, oder ob hier eine Umwandlung eines primär gutartigen Tumors in ein Carcinom vorliegt, entscheidet Verf. nicht.

F. KLEMPERER.

27) **J. N. Bloom. Epitheliom der Nase mit Aetzlauge behandelt. (Epithelioma of the nose treated with caustic.)** *Medical Review. 28. Januar 1899.*

Zweifelloses Epitheliom. Die Geschwulst wurde unter Chloroform curettirt und Kalilauge applicirt. Ausgang in Heilung.

EMIL MAYER.

28) **J. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Ein Fall von Carcinom der unteren Nasenmuschel. (A case of carcinoma of the inferior turbinated body.)** *Austral. Med. Gazette. 20. April 1899.*

Der 66jährige Mann litt seit einigen Monaten an Verstopfung der rechten Nasenseite. Dieselbe war durch eine von der unteren Muschel ausgehende und in die Choane hineinragende Geschwulstmasse vollständig verschlossen. Die Geschwulst wurde mit der Zange abgetragen und die Oberfläche curettirt, bis der Knochen ganz bloss lag. Danach wurde eine 40proc. Lösung von Suprarenalextract applicirt, weil diese Substanz die Ischaemie in malignen Geschwülsten befördern soll (Velich). Die mikroscopische Untersuchung der Masse ergab, dass es sich um ein Carcinom handelte. Bisher — 3 Monate nach der Operation — ist keine Spur von Recidiv vorhanden. Durch Transillumination ist erwiesen, dass die Highmorshöhle frei von Geschwulstmassen ist.

A. J. BRADY.

29) **Goris. Ueber das Abschälen des Gesichts behufs Zugang zur mittleren Nasenhöhle. (De la décortication de la face comme voie d'accès vers l'étage moyen du nez.)** *La Presse Méd. Belge. No. 51. 1898.*

G. macht in der Medico-chirurg. Gesellschaft von Brabant eine Mittheilung über das Abschälen der Gesichtshaut, um sich einen Zugang zur mittleren Nasenhöhle zu verschaffen, nach dem Vorgang von Bardenheuer (cfr. Sitzungsbericht der Belg. otolaryngol. Gesellschaft vom Juni 1898), mit der Modification, dass er 1. den häutigen Theil des Septums verschont, was vom plastischen Standpunkte aus sehr wichtig ist, indem am Schlusse der Operation die Nase sich leicht mit ihrer häutigen Haube bekleiden lässt, und dass er 2. durch die Oberkieferhöhlen hindurch den Siebbeinzellen zu Leibe rückt.

G. hat die Operation zweimal ausgeführt, einmal wegen halbseitiger fötider Naseneiterung bei einem 26jähr. Mann, der die Radicaloperation wegen der Incision der Gesichtshaut bisher verweigert hatte; das zweite Mal zur Entfernung eines bösartigen Tumors des aufsteigenden Astes des Unterkiefers, welcher den mittleren Nasengang und den Boden der Mundhöhle in Mitleidenschaft gezogen hatte.

G. hält die Methode wegen ihrer Einfachheit und weil sie keine Narben hinterlässt, ferner wegen der Eröffnung eines weiten Zugangs zu den tiefen Nasenhöhlen und Kieferpartien für ein ausgezeichnetes Verfahren.

BAYER.

30) **Walter A. Wells** (Washington). **Einige nervöse und geistige Krankheitserscheinungen, die im Zusammenhang mit Nasenerkrankungen vorkommen. (Some nervous and mental manifestations occurring in connection with nasal disease.)** *Amer. Journal Med. Scienc. December 1898.*

Der Verf. beschäftigt sich mit den Symptomen nasaler Verstopfung bei Kindern und Erwachsenen. Er betont, dass nasale Neurosen und nervöse Symptome der Nasenverstopfung etwas Verschiedenes sind und dass beider Erscheinungen auseinandergehalten werden müssen. Ein Symptom, das nasalen Ursprungs ist, soll als reflectorisches angesehen werden, wenn es

1. von bekannten anderen Reflexerscheinungen begleitet ist;
2. mit einer nasalen Läsion ohne Stenose einhergeht oder die Stenose wenigstens nicht permanent ist;
3. mit der Beseitigung dieser Läsion verschwindet, besonders wenn die Stenose dann noch fortdauert;
4. wenn es paroxysmalen Character hat;
5. wenn eine bestimmte hyperästhetische Zone vorhanden ist;
6. wenn das Symptom zeitweise fehlt und dann auf Berührung mit der Sonde wiedererscheint;
7. wenn es auf Cocain verschwindet.

Andererseits ist ein Symptom der nasalen Verstopfung zuzuschreiben, wenn dasselbe

1. immer mit Nasenstenose, und zwar mit einer stark ausgesprochenen einhergeht;
2. wenn die Stenose eine dauernde ist, wie z. B. die durch Hypertrophie bedingte;
3. wenn der Pat. an anderen Folgen der Stenose leidet, wie Anämie und schlechter Ernährungszustand, die das Symptom zu erklären geeignet sind;
4. wenn das Symptom erst bei Wiederherstellung der normalen Nasenathmung verschwindet;
5. wenn das Symptom am besten durch die Obstruction erklärt werden kann;
6. wenn die speciellen Reflex-Reactionen fehlen.

Der Verf. illustrirt diese Sätze durch eine Reihe von Krankengeschichten.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

31) **Walter A. Wells. Die Bedeutung der Harnsäure bei den nasalen Reflexneurosen. (The significance of uric acid in the nasal reflex neuroses.)** *N. Y. Medical Journal. 12. November 1898.*

Bei den nasalen Reflexneurosen, wie Asthma, Migräne, Neuralgie, gewissen Krämpfen, Epilepsie, Angina pectoris, Morbus Basedowii, ist die Zahl der eosinophilen Blutkörperchen während des Anfalls vermehrt und ebenso ist die Bildung und Ausscheidung der Harnsäure gesteigert. Darin aber kann nicht die Ursache jener nervösen Affectionen gesehen werden, sondern die einzige Theorie, die alle Erscheinungen ausreichend zu erklären vermag, ist die, dass beides, die nervösen

Symptome der Nasenerkrankung, wie die gesteigerte Harnsäurebildung, Folgen einer Ursache sind. Das Zwischenglied, das beide verbindet, sieht Verf. in der mangelnden Stabilität oder Hyperkinesie des vasomotorischen Sympathicusapparats.

LEFFERTS.

32) **A. A. G. Guye. Ueber Bronchialasthma und Athmungsgymnastik. (Over bronchial-asthma en ademhalingsgymnastiek.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 2. 1899.*

Anlässlich der betreffenden Publication Talma's betont G. die Nothwendigkeit der nasalen Behandlung in geeigneten Fällen.

H. BURGER.

33) **Maljutin. Fälle von Nasenstein. (Slutschai nosowowa komnia.)** *Med. obosrenie. No. 10. 1898.*

Bei einem gesunden Mädchen fand M. 3 Steine in der gesunden Nase. Das Gewicht derselben betrug 1,5 g. In einem zweiten Falle fand sich ein Stein von 0,55 g.

P. HELLAT.

34) **Schanz. Luxation des Auges infolge von Blasen durch die Nase. (Luxation of eye from blowing the nose.)** *N. Y. Med. Journal. 31. December 1898.*

Es handelt sich um einen Glasbläser, dem bei seiner Arbeit durch einen plötzlichen Windstoss das Gas ins Gesicht schlug; er musste niesen und blies heftig durch die Nase; dabei trat ein Auge aus der Augenhöhle heraus, in die es nicht ohne Anstrengung von einem Nebenarbeiter zurückgedrängt wurde. Als der Pat. dem Verf. diese Geschichte erzählte und Verf. einige Zweifel nicht unterdrücken konnte, blies der Pat. durch die Nase und sofort trat das Auge hervor. Schanz drückte es zurück, wobei er die Lider durch Luft gespannt und bei Berührung knisternd fand; die Luft konnte zum Theil ausgedrückt werden. Im Laufe einer Woche verschwand das Emphysem, sowie die beginnende Entzündung. Der Pat. war als Gasbläser gewöhnt, die Backen aufzublasen. Dadurch war der Ductus stenonianus allmälig erweitert worden und die Parotis wurde gleichzeitig mit den Backen aufgeblasen. In den Wänden der Nasenhöhle war eine Perforation nicht zu finden.

LEFFERTS.

35) **Rosenthal** (Rixdorf). **Primäraffect an der hinteren Rachenwand, Infection von hereditär-syphilitischem Kinde.** *Dermatol. Zeitschrift. V. Bd. 6. Heft. 1898.*

Bei einem 14jähr. Mädchen, das mit der Pflege seines an Syphilis leidenden 6 Wochen alten Brüderchens betraut war, constatirte R. einen Primäraffect an der hinteren Rachenwand links von der Mittellinie. Der Infectionsvermittler war offenbar der Saugpfropfen.

SEIFERT.

36) **P. Jourdanet** (Lyon). **Die fortgesetzte schmerzhafte Dysphagie bei der Diagnose der Syphilis des Nasenrachenraums in den 3 Phasen derselben. (De la dysphagie douloureuse prolongée dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge aux trois periodes.)** *Thèse de Lyon. 1898.*

Die Arbeit entwickelt die von uns bereits erwähnte Idee Garel's (Semaine

méd. 6. Juli 1898) weiter. Der Verf. schliesst ebenso, wie es Garel that, dass eine Dysphagie, die länger als 3 Wochen dauert und hinten im Halse ihren Sitz hat, auf die syphilitische Natur des Leidens schliessen lässt. Der Verf. macht aber dabei einige Vorbehalte. Er giebt zu, dass in gewissen seltenen Fällen auch andere chronische Affectionen eine ebenso lange dauernde Dysphagie verursachen können. Aber sicherlich hat dies Symptom in der Praxis eine ganz wesentliche Bedeutung und man soll dabei stets, besonders in zweifelhaften Fällen, die Syphilis in Frage ziehen.

PAUL RAUGÉ.

37) **Lanwers. Präventivligatur der Carotis ext. bei der Behandlung von Tumoren der Mund-Rachenhöhle. (De la ligature préventive de la carotide externe dans le traitement des tumeurs de la cavité bucco-pharyngienne.)** *Annales de l'Institut St. Antoine à Courtrai. No. 2. 1898.*

L. hat die Ligatur der Carotis ext. 11 mal ausgeführt, indem er am oberen Rand des Thyroidknorpels, wo man die Carotis prim. schlagen fühlt, eine 7—8 cm lange Incision macht entlang der Richtung derselben. Die Mitte des Schnittes, entsprechend dem oberen Thyroidknorpelrand, bezeichnet die Bifurcationsstelle der Carotis. L. legt die Carotis prim. blos und die Carotis ext. ist dann leicht an ihrer Lage nach vorne r. und an ihren Collateralen zu erkennen. Er hat die Operation ausgeführt behufs Resection der Kiefer wegen bösartiger Geschwülste, Nasenrachen- und Nasenpolypen, Zungen- und Unterkiefertumoren u. s. w.

BAYER.

38) **Chibret** (Aurillac). **Exstirpation eines grossen Nasenrachenraumpolypen nach Doyen's Methode. (Exstirpation d'un gros polype naso-pharyngien par la méthode de Doyen.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. Oct. 1898.*

Die Methode besteht bekanntlich darin, dass man den Stiel durch die natürlichen Wege mit der Zange fasst und plötzlich losreisst, zugleich mit der Hauptmasse des Tumors. Die Schnelligkeit der Operation und das Fehlen jeder Verstümmelung sind die grossen Vorzüge dieser Methode. Ihr einziger Nachtheil ist die Blutung; dieselbe steht aber, sobald der Tumor entfernt ist.

In C.'s Falle handelte es sich um einen grossen fibrösen Polypen, der viele Gefässe enthielt und den ganzen Nasenrachenraum ausfüllte, dabei Fortsätze in die rechte Nasenhöhle und in die Orbita derselben Seite sandte. Der Tumor bildete einen Vorsprung, der über dem inneren Augenwinkel fühlbar war.

Nachdem die Hauptmasse der Geschwulst nach der Methode von Doyen entfernt war, wurde eine Incision in der Höhe des rechten unteren Augenlides gemacht und der orbitale Fortsatz der Geschwulst extrahirt.

Die Intubation des Larynx mittelst der Doyen'schen Tube leistet grosse Dienste bei dieser Operation, wie überhaupt bei allen Eingriffen im Munde und Rachen.

Tévenat (Montpellier) erinnert daran, dass er seinen Lehrer, Daniel Mollière (Lyon) bereits grosse Nasenrachentumoren mittelst der Zange und ohne jede präliminare Operation entfernen sah.

PAUL RAUGÉ.

39) **E. J. Moure. Fibröse Polypen des Nasenrachenraums vom Gaumen aus exstirpirt. (Polypes fibreux naso-pharyngiens exstirpés par la voie palatine.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. No. 52. 25. December 1898.*

Verf. legt 2 Nasenrachenraumfibrome vor, die er bei Patienten von 16 und 13 Jahren entfernt hat. Das erste inserirte an dem Umkreis der rechten Choane, das zweite an der basilaren Fläche des Keilbeines.

E. J. MOURE.

40) **A. Kantorowicz. Beitrag zur Diagnose der adenoiden Wucherungen.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. VIII. 3. p. 558.*

Die Rhinoscopia posterior ist häufig nicht ausführbar, die digitale Untersuchung stets „unästhetisch und peinlich". K. schlägt deshalb vor, durch den Mund, bei genügend weiten Nasengängen durch die Nase einen Heryng'schen Wattetamponträger, mit einem mittelgrossen Stück Watte armirt, in den Nasenrachenraum einzuführen und mit gelindem Druck gegen die vermutheten Adenoiden zu pressen. Sind solche vorhanden, so wird die Watte mit Blut befleckt. Fälle, in denen alte, torpide Wucherungen nicht bei Berührung bluten, können vorkommen, sind aber sehr selten.

F. KLEMPERER.

41) **R. Lucas. Die adenoiden Vegetationen und ihre Beziehung zu den Ohrenkrankheiten. (Des végétations adénoides, de leurs rapports avec les affections de l'oreille.)** *Thèse de Paris. 1898.*

Die Adenoidwucherungen unterhalten einen entzündlichen Zustand, der sich sehr leicht auf die benachbarten Organe fortpflanzt. Auch verstopfen sie die Tubenöffnung und stören dadurch das Druckgleichgewicht, das normaler Weise in der Paukenhöhle besteht. Infolge dessen entstehen Otitiden und zwar

1. durch fortschreitende Entzündungsvorgänge,
2. durch mechanische Verstopfung.

Diese Otitiden sind besonders schwer bei kleinen Kindern, bei denen sie zu Taubstummheit führen können. In diesen Fällen muss daher die Operation der Adenoiden ohne Verzug vorgenommen werden.

A. CARTAZ.

42) **Thomas** (Marseille). **Verschwinden von Strabismus divergens nach Curettement des Nasenrachenraums bei einem 2jährigen Knaben mit typischen Adenoiden. (Disparition d'un strabisme divergent après curettage du naso-pharynx chez un adénoidien typique de deux ans.)** *Congrès de gynécologie et de pédiatrie de Marseille. 8.—15. October 1898.*

In Folge einer angeblichen Meningitis litt der Knabe an doppelseitigem Ohrenfluss, Strabismus divergens und halber Idiotie. T. constatirte das Vorhandensein von Adenoiden und curettirte den Nasenrachenraum. Der Strabismus verschwand so vollständig, dass die Bekannten des Knaben glaubten, er hätte eine Augenoperation durchgemacht. Es handelte sich sicher um eine Reflexwirkung der vorhandenen enormen adenoiden Vegetationen.

PAUL RAUGÉ.

43) **Huchard** (Paris). **Endocarditis bei Adenoiden. (Les endocardites chez les adénoidiens.)** *Société des therapeutique. 26. Januar 1898.*

Bei Kindern steht Endocarditis manchmal mit vorhandenen adenoiden Wuche-

rungen in Zusammenhang. Bei allen Endocarditiden und Pericarditiden unbekannten Ursprungs im kindlichen Alter soll man an diese Möglichkeit denken.

PAUL RAUGÉ.

44) **Boulai. Kehlkopfspasmen durch adenoide Vegetationen verursacht. (Spasmes laryngés causés par des végétations adénoides.)** *Archiv. internat. de laryngol. No. 6. November-December 1898.*

Fall eines Kindes, das seit 4 Monaten an erheblichen Athembeschwerden mit Anfällen von schwerer Erstickungsnoth litt. Das Ganze war durch Adenoide bedingt. Pinselungen der Rachenmandel genügten, die Spasmen vorübergehend zum Verschwinden zu bringen; nach Abtragung der Adenoiden war die Heilung eine dauernde.

E. J. MOURE.

45) **Lepontre. Adenoid-Asthma. (De l'asthme adenoidien.)** *Thèse de Lille. 1898.*

L. bespricht die Beziehungen, die zwischen gewissen Asthmaanfällen und der durch adenoide Vegetationen bedingten nasalen Verstopfung bestehen. Diese Beziehungen werden durch das Verschwinden des Asthmas nach Abtragung der Adenoiden erwiesen. Die Anfälle sind reflectorischen Ursprungs, der Ausgangspunkt des Reflexvorganges liegt in der Nasenverstopfung.

A. CARTAZ.

46) **A. C. Grönbech** (Kopenhagen). **Ueber das Verhältniss zwischen Enuresis nocturna und adenoiden Vegetationen. (Om Forholdet mellem Enuresis nocturna og de adenoide Vegetationer.)** *Ugeskrift for Läger. 49. 9. December 1898.*

Verf., der 1895 seine erste Mittheilung über den Zusammenhang zwischen Enuresis nocturna und adenoiden Vegetationen veröffentlichte, giebt in der vorliegenden Arbeit die Resultate seiner weiteren Untersuchungen an 235 Patienten mit adenoiden Vegetationen, die er im Jahre 1896 beobachtet hat.

Von diesen 235 Patienten litten 36 (kaum 15 pCt.) gleichzeitig an Enuresis — davon scheiden 4 Fälle, bei denen die Enuresis spontan aufhörte, aus.

Von den übrigen 32 Patienten konnte Verf. 8 nach der Operation nicht beobachten und auch das Resultat der Behandlung nicht in Erfahrung zu bringen.

Es blieben also 24 Patienten, die Verf. $1^1/_2$ Jahre nach der Behandlung aufsuchte, um das Resultat zu controliren:

Von diesen waren 17 Fälle von der Enuresis vollständig geheilt.
1 Fall viel gebessert (Enuresis nur bei Erkältung).
3 Fälle gebessert.
3 Ohne Besserung.

SCHMIEGELOW.

47) **F. E. Kittredge. Adenoide Wucherungen und ihre Complicationen bei Kindern. (Adenoids and their complications in children.)** *N. Y. Med. Journal. 12. November 1898.*

Ausführliche, gut geschriebene Arbeit; der Inhalt bietet nichts Neues.

LEFFERTS.



48) **J. W. Jervey. Die Hypertrophie der Rachentonsille und die Wichtigkeit ihrer Diagnose durch den praktischen Arzt. (Hypertrophy of the pharyngeal tonsil and the importance of its recognition by the general practitioner.)** *N. Y. Med. Journal. 21. October 1898.*

Verf. zeichnet das Bild der „Adenoiden“ für den allgemeinen Praktiker und macht ihn auf die Häufigkeit und die grosse Bedeutung ihrer Erkrankung aufmerksam.

LEFFERTS.

49) **D. B. Delavan. Die gegenwärtigen Methoden der operativen Behandlung der Adenoiden. (Present methods for the operative treatment of pharyngeal adenoids.)** *N. Y. Med. News. 10. December 1898.*

Die vielen Instrumente, die für die Operation der Adenoiden empfohlen sind, theilen sich in 4 Gruppen: Curetten, Zangen, die Drahtschlinge und das Adenomatom. Die Drahtschlinge ist allgemein aufgegeben; das Adenomatom ist ein gefährliches Instument; die Curetten, vor allem das Gottstein'sche Ringmesser, sind sehr verbreitet und auch recht nützlich. Aber sie sind ziemlich schmerzhaft und gestatten in manchen Fällen doch nur einen Theil der Vegetationen zu entfernen. Deshalb steht nach D. obenan als sicherstes und zweckmässigstes Instrument die Zange. D. hält übrigens die Entfernung der Adenoiden keineswegs für eine so leichte und einfache Operation, er verlangt Aethernarkose für dieselbe und danach 24stündige Bettruhe des Patienten.

LEFFERTS.

50) **Jousset. Beitrag zur Behandlung der Adenoiden. Curettement des Nasenrachens bei hängendem Kopf. (Contribution au traitement des adénoides; curettage du cavum en mettant l'opéré dans la position déclive.)** *Nord Méd. 15. September 1898.*

Der Verf. lehrt uns, dass er

1. unter allgemeiner Narkose operirt;
2. den Nasopharynx mit der Gottstein'schen Curette auskratzt;
3. am hängenden Kopfe des liegenden Patienten operirt;
4. in einer Sitzung die Adenoiden und die Gaumenmandeln entfernt, die letzteren mit einem schneidenden Instrumente;
5. niemals bei dieser Technik Blutung oder ein Recidiv beobachtet hat (?).

Ob es wohl nöthig war, diese Technik, die eine grosse Zahl von Specialisten seit langem kennen und anwenden, so ausführlich zu beschreiben?

PAUL RAUGÉ.

c. Mundrachenhöhle.

51) **Jacob Sobel. Die Oroscopie; ihr Interesse vom dermatologischen und allgemeinen Standpunkt. (Oroscopy. Items of interest from a dermatological and general standpoint.)** *N. Y. Medical News. 3. Juni 1899.*

Die interessante Arbeit, die in gedrängter Form viel Wissenswerthes bietet, bespricht die verschiedenen Affectionen der Lippen — deren es mehr giebt, als

man im ersten Augenblick glauben möchte — des Zahnfleisches und des Mundbodens. Die Zunge und ihre Erkrankungen werden gebührend berücksichtigt; allein dies Gebiet ist ein so ausgedehntes, dass zu seiner erschöpfenden Behandlung eine eigene Arbeit gehört.

LEFFERTS.

52) **Erdheim** (Wien). **Demonstration eines Falles von geheiltem tuberculösen Geschwür der Wangenschleimhaut.** Wiener med. Club, Sitzung vom 14. December 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 3. 1899.*

Subcutane Injectionen von Teucri Mosetig (Extract. Teucri scordi depur.) in die Umgebung des Herdes.

CHIARI.

53) **S. Wulfsohn. Die Arbeit der Speicheldrüsen. (Rabota sljunnich jeles.)** Dissertation. Petersburg 1898.

Die Resultate seiner Untersuchung hat Verf. bereits mitgetheilt (conf. Ref. 63. H. 6 d. Bd.)

P. HELLAT.

54) **Redact. Notiz. Die Acidität des Mundes im Schlafe. (Acidity of the mouth during sleep.)** *N. Y. Medical Journal. 18. März 1899.*

Die Zahnärzte sagen, dass die saure Reaction der Mundflüssigkeit eine wichtige Rolle in der Aetiologie der Zahncaries spielt und ferner, dass die Factoren, die diese verursachen, besonders wirksam sind während der Stunden des Schlafes, wenn der Speichel, der am Tage durch das Kauen, Sprechen und andere Bewegungen beständig bewegt und erneuert wird, gewissermaassen stagnirt. Wie sorgfältig man auch beim Zubettgehen die Zähne reinigen und den Mund mit antiseptischen Lösungen spülen mag, der Schutz ist doch nur ein vorübergehender und im Schlafe geht die Zerstörung vor sich. Vielleicht findet der eine oder andere, der an Schlaflosigkeit leidet, in diesen Ueberlegungen einigen Trost; für die Mundathmer, fürchten wir, wird der Trost nicht genügen, denn die Austrocknung des Mundes, die im Schlafe statt hat und die sich beim Erwachen so unangenehm bemerkbar macht, ist durchaus unzureichend, das Zerstörungswerk der Bakterien zu verhüten.

LEFFERTS.

55) **Hugenschmidt. Die baktericide Kraft der Mundhöhle. (Bactericidal action in the mouth.)** *N. Y. Med. News. 11. Februar 1899.*

H. untersuchte den durch Filtration mittelst Chamberland'scher Filter keimfrei gemachten Mundspeichel und fand, dass er keine nennenswerthe baktericide Kraft besitzt. Der Speichel hat aber einen chemotactischen Einfluss auf die Leukocyten, welche die zahlreichen Lymphgefässe der Mund- und Halsschleimhaut verlassen und sich dem Speichel zugesellen. Durch die phagocytäre Kraft dieser wird der Speichel baktericid. Und einen noch wirksameren Schutz gegen das Eindringen pathogener Keime durch den Mund scheint die grosse Anzahl von Saprophyten im Munde zu gewähren. Diese finden in der Mundflüssigkeit einen besseren Nährboden, als die pyogenen Organismen und überwuchern in Folge dessen die letzteren.

LEFFERTS.

56) **H. Schlesinger** (Wien). **Beitrag zur Physiologie des Trigeminus und der Sensibilität der Mundschleimhaut.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 27. Januar 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 5. 1899.*

Die Untersuchungen des Vortragenden betreffen vom Rückenmark aus ascendirende Affectionen und ergaben u. A., dass die Sensibilitätsstörungen an den lateralen, an die Haargrenze anstossenden Theilen der Stirnhaut sich zuerst einstellen. — Mit dem Tieferrücken der Gefühlsstörung gegen die Augenbrauen rückt dieselbe auch gleichzeitig vom Ohre in concentrischen Ringen gegen die Mittellinie vor, so dass bei doppelseitiger Affection die Störungen mit dem Bilde eines offenen Visirs sich vergleichen lassen können. Die Versorgung des Hautgebietes des 1. Trig.-Astes erfolgt von mindestens 2 Nervengebieten, von denen das distale die Stirnhaut mit sensiblen Elementen versorgt, das proximale die Haut des Nasenrückens versorgt. Die Schleimhaut der Mundhöhle wird wahrscheinlich von den distalen Abschnitten der spinalen Trigeminuswurzel innervirt.

CHIARI.

57) **Redact. Mittheilung. Gegen die Stomatitis der Raucher. (For stomatitis from smoking.)** *Phil. Med. Journal. 7. Januar 1899.*

Salol	1 Theil
Spirit. Menth. Piperit.	50 Theile
Tct. Catechu	2 „

M. D. S. 1 Theelöffel voll auf 1 Glas Wasser; als Mundwasser zu gebrauchen.

EMIL MAYER.

58) **Le Calvé** und **Rappin. Ulceröse Stomatitis. (Stomatite ulcéreuse.)** *Soc. médico-chirurg. d. Hôp. de Nantes. 8. December 1898.*

Ein Fall von Stomatitis, bei dem in der Pseudomembran 2 besondere Microorganismen nachgewiesen werden konnten: Spirochaeta denticola und Spirillum Obermeieri. Da beide sich auch normal im Munde finden, lassen die Verff. die Frage offen, ob sie sich nur auf dem Boden der vorherbestehenden Affection entwickelten.

PAUL RAUGÉ.

59) **Kissel. Neue Methode zur Behandlung der ulcerösen Stomatitis. (Nowi sposob letschenia iaswennawo stomatita.)** *Med. obosrenie. No. 1. 1899.*

K. empfiehlt 3proc. Borsäure zur Bespülung, bei hartnäckigen Fällen den scharfen Löffel und Jodoform. Warum der Autor seine Methode für „neu“ hält, ist dem Referenten nicht verständlich.

P. HELLAT.

60) **H. G. Klotz** (New York). **Unangenehme Nebenwirkungen bei der Quecksilberbehandlung der Syphilis.** *Arch. f. Dermat. u. Syphilis. XLIII. 1898.*

K. sah eine foudroyante Stomatitis mercurialis bei zwei Patienten mit Angina resp. Peritonsillitis auftreten.

Die durch die Entzündung hervorgerufene vermehrte Blutzufuhr zu den erkrankten Organen und ihrer Nachbarschaft, insbesondere den Drüsen der Mundschleimhaut vermehrt auch die Zufuhr des im Blute kreisenden Quecksilbers und erklärt so die vermehrte Speichelabsonderung u. s. w.

A. ROSENBERG.

61) **Carl Schumacher** (Aachen). **Quecksilber und Schleimhaut.** *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. XLIV. 1898.*

Frühsyphilis und Hydrargyrose haben auf der Mundschleimhaut nahe Berührungspunkte.

Die mercuriellen Geschwüre sind gewöhnlich flach, dehnen sich weit aus, sind aschgrau, zeigen einen rothen Hof, sind sehr empfindlich; dabei besteht Foetor. Nach dem Fortlassen des Quecksilbers tritt Besserung ein.

A. ROSENBERG.

62) **A. Lanz. Behandlung der Quecksilber-Stomatitis. (Letschenie rtutnawo wospalenija polosti rta.)** *Med. obosrenie. No. 1. 1899.*

Verf. empfiehlt neben anderen allgemeiner bekannten Mitteln und Methoden auch Injectionen von Pilocarpin nach Gay.

P. HELLAT.

63) **O. Smithson. Phlegmonöse Ulceration des Mundes behandelt mit Antistreptococcenserum. (Phlegmonous ulceration of the mouth treated with antistreptococcus serum.)** *Brit. Med. Journal. 17. December 1898.*

16jähr. Knabe mit phlegmonöser Stomatitis; Besserung, die 2 Wochen anhielt, dann Recidiv mit septischer Pneumonie. Rapide Heilung nach Injection von Streptokokkenserum.

ADOLPH BRONNER.

64) **Henry Koplik. Ein neues diagnostisches Zeichen bei Masern: Flecke auf der Mund- und Lippenschleimhaut. (The new diagnostic spots of measles on the buccal and labial mucous membrane.)** *N. Y. Med. News. 3. Juni 1899.*

Ausser der oft beschriebenen Röthe des Schlundes und den manchmal wahrnehmbaren unbestimmten rothen Flecken am weichen Gaumen sieht man an der Schleimhaut der Backen und der Lippen eine Eruption, die Verf. für pathognomonisch hält. Er beschreibt dieselbe als kleine, unregelmässige, hellrothe Fleckchen; im Centrum eines jeden derselben ist eine kleine bläulich-weisse Stelle. Diese charakteristischen bläulich-weissen Pünktchen sind manchmal nur spärlich — 2, 3 oder 6 — und sind so klein und zart, dass man sie nur bei directem und starkem Licht sieht, aber sie fehlen nie und sind nach Verf. ein zuverlässiges und pathognomonisches Zeichen. Der ganze Ausschlag verläuft in einer Art Cyclus. Er erscheint 24, 48 Stunden oder 3—5 Tage vor dem Hautexanthem. Er ist zuerst vereinzelt, wird dann reichlicher und confluirend und erreicht seine Höhe, wenn der Hautausschlag herauskommt, um dann zu verblassen und bald zu verschwinden. Man darf ihn nur auf der Innenfläche der Lippen und der Wangen suchen; am weichen und harten Gaumen und an den Fauces fehlt er.

LEFFERTS.

65) **Schultze. Melanoplakie der Mundschleimhaut. (Melanoplakia of the mucous membrane of the mouth.)** *N. Y. Med. Record. 4. Februar 1899.*

Melanoplakie der Mundschleimhaut findet sich bei gewissen chronischen Krankheiten und besonders beim Magencarcinom genau so, wie beim Morbus Addisonii. Lover, Parkes und Harley fanden Pigmentflecke auf der Mundschleimhaut und dunkle Pigmentirung der Haut bei Lebercirrhose. Schultze

beobachtete 2 Fälle von Lebererkrankung mit abnormer Pigmentirung der Mundschleimhaut. Im ersten Falle waren die Flecke dunkelbraun. Die Diagnose dieses Falles war keine ganz sichere, sie schwankte zwischen Lebercirrhose und chronischer Peritonitis; Symptome von Morb. Addisonii waren nicht vorhanden.

LEFFERTS.

66) **R. Le Clerc** (St. Lô). **Gichtische Angina. (L'angine goutteuse.)** *Normandie Médicale. 15. December 1898. N. Y. Med. Journal. 28. Januar 1899.*

Die gichtische Angina geht dem Gichtanfall voran; sie ist charakterisirt durch die Congestion und das Oedem des Gaumensegels, das bisweilen bis zum Kehlkopfeingang herabreicht. Die Dauer der Angina wechselt von einigen Stunden bis zu 3 Tagen. Diese Form von Angina entspricht der Angina rheumatica von Lasègue.

PAUL RAUGÉ.

67) **John S. Billings. Der sogen. Scarlatina-Streptococcus in Culturen aus dem Halse Scharlachkranker. (The occurrence of the streptococcus scarlatinae [so called] in cultures from the throats in cases of scarlet fever.)**

Der sogenannte Streptococcus scarlatinae oder conglomeratus findet sich im Halse mancher Fälle von Scharlach, aber er ist weder constant vorhanden, noch leicht zu isoliren. Seine diagnostische Bedeutung ist zum Mindesten noch zweifelhaft. Sein Fehlen in einer aus dem Halse eines auf Scharlach verdächtigen Pat. angelegten Cultur darf die Diagnose Scharlach keinesfalls ausschliessen.

LEFFERTS.

68) **August Jerome Lartigan. Beitrag zum Studium des Micrococcus tetragenus bei acuter Angina. (A contribution to the study of the micrococcus tetragenus in acute angina.)** *Philad. Med. Journal. 22. April 1899.*

Bericht über 3 Fälle bei Erwachsenen; eine graue erhabene Membran bedeckte den Schlund, verschwand und recidivirte. Der Micrococcus, der sich in derselben fand, wurde Kaninchen injicirt; dieselben starben und aus ihrer Haut wurde der Micrococcus in Reincultur gezüchtet.

Unter Tetragenus-Angina versteht Verf. diejenigen Fälle, bei denen der Tetragenus prädominirt und experimentell nachweislich eine bestimmte Virulenz besitzt.

EMIL MAYER.

69) **Sacquépée. Angina mit Spirillen und dem Vincent'schen Bacillus fusiformis. (Angine à spirilles et bacille fusiforme de Vincent.)** *Arch. internat. de laryngol. etc. No. 1. 1899.*

Bei seinen bakteriologischen Untersuchungen an den Pseudomembranen oder dem schleimigen Secret aus dem Halse von Angina-Patienten fand Verf. in fünf Fällen die spindelförmigen Bacillen associirt mit Spirillen, Staphylokokken und Pneumokokken. Bei diesen 5 Pat. waren Löffler'sche oder Pseudodiphtherie-Bacillen nicht vorhanden.

E. J. MOURE.

70) **Vincent. Neue Untersuchungen über die diphtheroide Angina durch spindelförmige Bacillen. (Nouvelles recherches sur l'angine diphthéroide à bacilles**

fusiformes.) *Arch. internat. de laryngol. etc. No. 1. 1899. Soc. méd. des Hôpitaux. 13. Januar 1899.*

Ein neuer Fall von Angina mit Bacill. fusiformis, diesmal ohne Spirillen, aber mit Streptokokken. Verf. ist geneigt, den spindelförmigen Bacillus als den specifischen Erreger einer pseudomembranösen Angina anzusehen, die besonders in ihrem Beginn der diphtheritischen Angina so ähnlich ist, dass die Differentialdiagnose nur durch die bakteriologische Untersuchung möglich ist.

E. J. MOURE.

71) **Marfan. Zur Spülung bei acuter Angina der Kinder. (An irrigation for the acute angina of children.)** *N. Y. Medical Journal. 4. März 1899.*

Acid. carbol crystall 0,63,
Ol. Thymi gtt. 3,
Glycerin 27,0,
Aqua 80.

LEFFERTS.

72) **Monmarson. Calciumpermanganat zur Behandlung der membranösen Angina. (Calcium permanganate in the treatment of pultaceous angina.)** *N. Y. Med. Journal. 29. April 1899.*

M. empfiehlt 3stündliche Pinselung (in der Nacht 2mal) der afficirten Theile mit folgender Lösung:

Calc. hypermangan. 0.09—0,18,
Aquae 18,0.

Vor jeder Pinselung Gurgeln mit 4proc. Borsäurelösung, so heiss, als dieselbe vertragen wird, und vorsichtige Versuche, die Membran abzulösen.

LEFFERTS.

73) **W. Lublinski** (Berlin). **Abscedirende Entzündung der Fossa glossoepiglottica (Angina praeepiglottica phlegmonosa.)** *Dtsch. med. Wochenschr. 8. 1899.*

Das bisher wenig bekannte Krankheitsbild beschreibt Verf. folgendermaassen: Am Beginn Unbequemlichkeit beim Schlucken, leichte Trockenheit am Zungengrunde, danach Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, geringes Fieber (38,5 ° C.). Weiterhin Schmerzen, die nach den Ohren hin ausstrahlen, lästige Schleim- und Speichelabsonderung, klossige Sprache. Unbequemlichkeit beim Bewegen der Zunge. Objectiv: Eine der Valleculae ist durch eine grauröthliche glänzende Geschwulst ausgefüllt, die bei Berührung mit der Sonde sehr schmerzt und sich teigig anfühlt.

Bei stärkerem Wachsthum der Geschwulst kann es zu Athemstörungen kommen. — Aeusserlich am Halse schmerzhafte Schwellung der Drüsen am Kieferrande. — Wirksame Therapie: Incision mit dem Messer, wonach sich ein Theelöffel voll Eiter entleerte und alle Beschwerden plötzlich verschwanden.

ZARNIKO.

74) **Gaston** (Paris). **Phagedänische Ulcerationen des Halses und der Vertebra in einem Fall von hereditärer Syphilis. (Phagédénisme guttural et vertébral chez une hérédo-syphilitique.)** *Soc. franç. de Dermatologie et de Syphiligraph. 8. December 1898.*

Die Patientin hatte trotz energischer specifischer Behandlung im Laufe von



6 Jahren die Nase, das Gaumensegel und einen Theil des knöchernen Gaumens verloren; Rachen und Nasenrachen bildeten eine weite Cloake. Die Kranke starb an progressiver Cachexie mit Albuminurie und terminaler Lungentuberculose. Bei der Section fand sich allgemeine amyloide Degeneration. PAUL RAUGÉ.

75) **John S. Moreman. Syphilitische Halserkrankung. (Syphilitic sore throat.)** *Charlotte Med. Journal. Januar 1899.*

Verf. legt in suspecten Fällen besonderes Gewicht auf die Untersuchung des postnasalen Raums. EMIL MAYER.

76) **Lewis S. Somers. Die Differentialdiagnose zwischen Syphilis des Halses und Diphtherie. (The differential diagnosis between syphilis in the throat and diphtheria.)** *Philad. Med. Journal. 28. Januar 1899. N Y. Med. News. 25. März 1899,*

Das Fieber, die stärkere Entzündung im Halse, die oft vorhandene Symmetrie der Halsläsion bei Diphtherie, ferner die Anamnese, die Allgemeinsymptome etc. sind wichtig; ausschlaggebend aber ist nur die bakteriologische Untersuchung, das Vorhandensein oder Fehlen von Löffler'schen Bacillen.

LEFFERTS

d. Diphtheritis und Croup.

77) **J. Nicolas** (Lyon). **Die Agglutination des Löffler'schen Bacillus. (Sur l'agglutination du bacille de Loeffler.)** *Soc. de Biologie. 3. December 1898.*

N. stellte experimentell fest, dass das Vorhandensein oder Fehlen der Agglutinationsfähigkeit mit der Virulenz des Bacillus und seiner grösseren oder geringeren Empfindlichkeit für die Präventivwirkung des Serums nicht in directem Zusammenhang steht. PAUL RAUGÉ.

78) **Edwin O. Jordan. Die Sterblichkeitsziffer der Diphtherie in den grossen Städten der Vereinigten Staaten. (The death-rate from diphtheria in the large cities of the United States.)** *Philad. Med. Journal. 18. Februar 1899.*

Verf. zeigt tabellarisch, dass die grossen Städte Amerikas durchgehends eine grössere Diphtheriesterblichkeit aufweisen, als die europäischen Städte. Er glaubt die Ursache für diese Erscheinung in der ausgedehnteren Verwendung des Heilserums in Europa sehen zu können. EMIL MAYER.

79) **F. Smith. Diphtheriebacillen im Urin. (Diphtheria bacilli in the urine.)** *N. Y. Medical Record. 7. Januar 1899.*

Verf. züchtete typische Diphtheriebacillen aus dem Urin von 2 Meerschweinchen, die, das eine vor ein paar Tagen, das andere erst vor 5 Stunden, mit Diphtheriebacillen geimpft waren. Dieses Resultat legt den Gedanken nahe, dass wenigstens bei der hämorrhagischen Diphtherie auch im menschlichen Urin

Bacillen zu finden sein werden und dass man, um die Anwesenheit des Bacillus im Blut zu beweisen, im Urin suchen soll.

LEFFERTS.

80) **Sörensen** (Kopenhagen). **Ueber Diphtheritis und Diphtheriebacillen bei Scarlatinareconvalescenten. (Om Difteri og Difteribaciller blandt Skarlatinarekonvalescenter.)** *Hospitals-Tidende. S. 953. 1898.*

Der Verf. hat im Laufe von 2 Jahren (vom Sommer 1895 bis Sommer 1897) bei ca. 1500 Scarlatinapatienten in 240 Fällen Diphtheritisbacillen, davon 208mal ohne, 32mal mit klinischer Diphtheritis, nachgewiesen.

SCHMIEGELOW.

81) **Glover. Ueber das Vorkommen des kurzen Loeffler'schen Bacillus im Exsudat der ulcerös- oder erosiv-membranösen Anginen nach Operationen. (Sur la présence du bacille court de Loeffler dans l'exsudat des angines ulcéro- ou éroso-membraneuses post-opératoires.)** *Archiv. internation. de rhinol. etc. No. 1. 1899.*

Verf. hat 11 Kranke untersucht und kommt zu dem Schluss, dass der kurze Bacillus manchmal im Halse vor der Operation anwesend ist und nun nach dem Eingriff in den contusionirten oder durch den Eingriff erodirten Theilen wuchern kann.

E. J. MOURE.

82) **Méry. Die Mischinfection bei der Diphtherie vom klinischen und bakteriologischen Standpunkt. (Des associations microbiennes dans la diphthérie au point de vue clinique et bactériologique.)** *Congrès de Gynécologie et pédiatrie de Marseille. 8.—12. October 1898.*

Die einfache Constatirung der Thatsache, dass neben den Diphtheriebacillen noch andere Bakterien in einem Falle vorhanden sind, genügt nicht, den Fall als Mischinfection zu kennzeichnen. Und ebensowenig reichen dazu die klinischen Zeichen allein aus. Nur mittelst der Vereinigung der bakteriologischen und klinischen Untersuchung kann mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Diagnose der Mischinfection gestellt werden.

Die hauptsächlichen Associationen, die bisher studirt wurden, sind:

a) Streptokokken-Mischinfection (Strepto-Diphtherie): schwere infectiöse Diphtherie, acuter oder chronischer Form, mit eitrigem Secret, Abgeschlagenheit, Purpura, Blutungen etc.

b) Pneumokokken-Mischinfection: häufige Complication mit Lungenaffectionen.

c) Staphylokokken-Mischinfection: mehr localisirte Formen, ohne bestimmte klinische Erscheinungen, meist leichter als die Streptodiphtherie.

d) Mischinfection mit dem Coccus Brisou: der letztere scheint die Entwickelung der Diphtheriebacillen zu stören; gutartige Formen.

e) Mischinfection mit Bacterium coli: bisweilen sehr schwere Formen, analog der Streptodiphtherie.

f) Mischinfection mit Proteus: sehr schwere gangränöse Form.

g) Mischinfection mit dem Pneumobacillus Friedländer: sehr selten.



Die Behandlung der gemischten Fälle zerfällt in die

1. Therapie der diphtheritischen Infection: Serum ist nothwendig und zwar in grösserer Dosis, als in den reinen Fällen. Die Wirkung ist nicht so deutlich; besonders erfolgt die Ablösung der Membranen unter dem Serumeinfluss nicht so prompt. In manchen Fällen spielt der Diphtheriebacillus neben dem zweiten Infectionserreger eine mehr oder weniger untergeordnete Rolle; in solchen Fällen kann das Serum ganz nutzlos sein.

2. Therapie der Mischinfection: Zwei Wege stehen offen:

a) der Gebrauch specifischer Heilsera. Bisher ist nur für den Streptococcus ein solches versucht worden (Marmorek);

b) die locale Antiseptik.

Bemerkenswerth ist, dass die üblen Zufälle bei der Serumtherapie, speciell die Späterscheinungen, häufiger in Fällen von gemischten Infectionen als in reinen Fällen beobachtet wurden.

PAUL RAUGÉ.

83) **P. Parkinson u. S. Stephenson. Postdiphtheritische Lähmung der Augenmuskeln. (Postdiphtheritic palsy of the ocular muscles.)** *Lancet. 21. Jan. 1899.*

Bericht über 2 Fälle. Im ersten bestand fast vollständige Lähmung der extra-oculären Zweige des Oculomotorius und der Accomodation, im zweiten war nur der linke Musc. rectus externus gelähmt.

ADOLPH BRONNER.

84) **William M. Jaques. Die Thätigkeit der Medicinalbehörde in Chicago auf dem Gebiete der Diphtherie. (Diphtheria work done by the health department of Chicago.)** *Chicago Med. Recorder. Februar 1899.*

Eine kurze Uebersicht über die öffentliche hygienische Thätigkeit gegenüber der Diphtherie in Chicago. Die Todeszahl ist durch das Serum heruntergedrückt worden.

EMIL MAYER.

85) **Wm. Royal Stokes. Die Diphtheriebehandlung vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege. (The management of diphtheria from a public health standpoint.)** *Maryland Med. Journal. 28. Januar 1899.*

Der Hals der Kinder, die der Ansteckung ausgesetzt sind, soll untersucht werden; der Diphtheriebacillus ist kein normaler Bewohner des Halses. — Zur Desinfection ist Formalin zu empfehlen. — Wo vollständige Isolirung unmöglich ist, sollen alle Kinder des Hauses die Immunisirungsdosis von Serum bekommen. Von 256 immunisirten Kindern bekamen nur 2 Diphtherie. Je früher das Serum als Therapeuticum gegeben wird, um so geringer ist die Mortalität. Dieselbe beträgt jetzt unter der Herrschaft des Serums 12,14 pCt.; 1896, ohne Serum, war sie 51,87 pCt.

EMIL MAYER.

86) **Ramon D. Garcin. Einige praktische Bemerkungen über die Diphtheriebehandlung. (Some practical points on the treatment of diphtheria.)** *Med. Register. Januar 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.



87) **A. B. Eadie. Die Serumtheräpie bei Diphtheritis. (Antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *Canadian Journal of Medicine and Surgery. Januar 1899.*

Bericht über 50 Fälle, von denen 2 starben; fast alle wurden nur mit Serum und sonst mit keinem Mittel behandelt. EMIL MAYER.

88) **F. P. Minton. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 28. Januar 1899.*

M. rühmt das Serum als Heilmittel sowohl, wie als Prophylacticum.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

89) **Redact. Notiz. Die Behandlung der Diphtherie mit Serum. (The treatment of diphtheria with antitoxin.)** *Philad. Med. Journal. 14. Januar 1899.*

Die Erfolge der Serumtherapie haben sich jedesmal als zweifelsohne herausgestellt, wenn es sich nur um eine grössere Reihe von Fällen handelte, an denen die Probe gemacht wurde. EMIL MAYER.

90) **W. L. Carroll. 100 Fälle von Diphtherie nach der modernen Methode behandelt. (One hundred cases of diphtheria treated by modern method.)** *Med. Fortnightly. 16. Januar 1899.*

Enthusiastische Empfehlung des Serums. EMIL MAYER.

91) **William C. Goodno. Diphtherieserum. (Diphtheria antitoxin.)** *Medical Era. Januar 1899.*

Das erste Zeichen der günstigen Wirkung des Serums ist in den meisten Fällen das Herabgehen der Temperatur. EMIL MAYER.

92) **Rudolph Meyer. Ein Fall von Diphtherie des Schlundes geheilt durch Serum. (A case of diphtheria faucium cured by serum.)** *Medical Bulletin. Februar 1899.*

Die Ueberschrift sagt Alles, nur das eine nicht, dass Loeffler'sche Bacillen nicht gefunden wurden, trotzdem eine Pseudomembran vorhanden war.

EMIL MAYER.

93) **G. O. Morgridge. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Medical Monograph. Februar 1899.*

M. rühmt die Serumtherapie. EMIL MAYER.

94) **Redact. Notiz. Die Entwicklung der Serumtherapie und ihr jetziger Status gegenüber der Diphtheritis. (The development of serum therapy and its status in relation to the treatment of diphtheria.)** *Medical Monograph. Februar 1899.*

Eine Zusammenstellung der Ansichten der verschiedenen Autoren über den Werth des Diphtherieheilserums. EMIL MAYER.

95) **Redact. Notiz. Diphtherie und Serumbehandlung. (Diphtheria and the serum treatment.)** *N. Y. Medical Record. 11. Februar 1899.*

Gegenüber einer gewissen Antipathie und den Zweifeln an der Wirksamkeit

des Serums, die neuerdings auftauchen, weist der Artikel darauf hin, wie fraglos und ausgesprochen die Abnahme der Diphtheriemortalität seit 1895, d.i. seit der allgemeinen Anwendung des Serums in Deutschland und Amerika ist. LEFFERTS.

96) **J. J. Williams. Das Serum in der Behandlung der Diphtherie. (The use of antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *Western Med. Review. 15. Februar 1899.*

W. hat günstige Erfahrungen mit dem Serum gemacht. EMIL MAYER.

97) **C. A. Bryce. Die Behandlung der Diphtheritis. (The treatment of diphtheria.)** *Southern Clinic. Januar 1899.*

B. ist Gegner der Serumtherapie und empfiehlt die Chlorbehandlung.

EMIL MAYER.

98) **G. G. Belsheim. Diphtherieserum. (Diphtheria antitoxin.)** *Albert Lea. Med. Journal. Februar 1899.*

B. ist der Ansicht, dass der Werth des Serums noch durchaus zweifelhaft ist; die bisherigen Resultate können durch die Carbolsäure bedingt sein und brauchen nicht einem wirksamen Princip im Serum zugeschrieben zu werden.

EMIL MAYER.

99) **Adolph Rupp. Heilserum, Diphtherie und Statistik. (Antitoxin, diphtheria and statistics.)** *N. Y. Med. Record. 28. Januar 1899.*

R. zeigt, dass die Statistik die Wirksamkeit des Serums nicht beweist, dass vielmehr die Abnahme der Diphtheriesterblichkeit, die übrigens nicht an allen Plätzen nachweisbar ist, sich auch auf anderem Wege erklären lässt. Der Typ der Diphtherie ist jetzt im Allgemeinen ein milderer. Dabei ist das Serum für den menschlichen Organismus ein toxisches Agens, das zwar in den meisten Fällen kaum wahrnehmbare, in anderen nur beunruhigende, nicht gefährliche Erscheinungen, wie Hautausschläge, Gelenkschmerz, Herzunregelmässigkeiten, Durchfälle etc. herbeiführt, das aber in einigen seltenen Fällen doch tödten kann.

LEFFERTS.

100) **A. Gaudier. Die Diphtheritis; mit besonderer Bezugnahme auf die laryngealen Fälle, in denen eine Wahl zwischen Tracheotomie und Intubation erforderlich ist. (Diphtheria with special reference to the laryngeal cases requiring a choice between tracheotomy and intubation.)** *Canadian Journal of Medicine and Surgery. Januar 1899.*

In einer grossen Zahl von Fällen hält Verf. eher die Intubation, als die Tracheotomie für angezeigt. EMIL MAYER.

101) **Frank W. Wright. Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Pediatrics. 15. Februar 1899.*

Verf. warnt vor zu langer Verzögerung der Extubation. EMIL MAYER.

102) **W. B. Pusey. Bemerkungen über die Intubation. (Comments upon intubation.)**

Bericht über zwei Fälle, in denen nach der Extubation die Tube schnell wieder eingesetzt werden musste. EMIL MAYER.

103) **Joseph O'Dwyer. Intubation. (Intubation.)** *The Physician and Surgeon. Februar 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

104) **B. J. Church. Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Southern California Practitioner. April 1899.*

Nichts Erwähnenswerthes. EMIL MAYER.

105) **Castelain. Soll man in der Privatpraxis intubiren? (Faut-il employer le tubage dans la clientèle privée.)** *Soc. centrale de méd. du Nord. 13. Januar 1899.*

C. ist der Ansicht, dass man ohne Gefahr in Privatpraxis intubiren kann und dass die permanente Anwesenheit einer Person, die mit der Intubation Bescheid weiss, nur selten nöthig ist. Unter seinen 42 Fällen wurde die Tube niemals durch Pseudomembranen verstopft und nur 1 mal ausgeworfen.

In der Discussion schliesst Ausset sich den Ausführungen Castelain's an, hebt aber hervor, dass die Intubation nichts nutzen kann, wenn in der Trachea Pseudomembranen bestehen; dann muss die Tracheotomie gemacht werden.

A. CARTAZ.

106) **Jacques. Die Intubation des Kehlkopfs in der Privatpraxis. (De l'intubation du larynx dans la clientèle privée.)** *Marseille médicale. 15. Januar 1899.*

J. wendet sich gegen die Anschauung, dass die Intubation nur für das Hospital sich eigne. Die beiden Gefahren, die man fürchtet, sind die Verstopfung der Tube und die spontane Ausstossung derselben. J. hat 190 Intubationen gemacht. Niemals beobachtete er eine plötzliche Verstopfung, die bedrohliche Zufälle von Asphyxie herbeigeführt hätte. Wenn die Verstopfung schnell sich ausbildet, wird das Kind unruhig und stösst gewöhnlich die Tube aus. Dieses Ereigniss hat nichts übermässig beunruhigendes, besonders wenn man lange Tuben nimmt.

Die Ausstossung der Tube ist ein häufiges Vorkommniss (20 pCt.), aber ihre Bedeutung ist keine so grosse, wenn die Expulsion nicht in den ersten Stunden erfolgt. Die Dyspnoe, die sich wieder einstellt, ist nie so stark, dass man nicht Zeit hätte, um Hilfe zu senden. Seit der Einführung des Serums ist die Zeit, welche die Tube liegen bleiben muss, auch keine so lange mehr.

J. hält nach Allem die Intubation für einen Eingriff, den man auch ausserhalb des Krankenhauses ohne Gefahr vornehmen kann. A. CARTAZ.

107) **Nachod** (Prag). **Intubation in der Privatpraxis.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 27. Januar 1899. — *Prager med. Wochenschr. No. 11. 1899.*

N. räth, auch dann die Intubation vorzunehmen, wenn nicht fortdauernde ärztliche Controle möglich ist. CHIARI.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

108) **A. D. Blackader. Forcirte Untersuchung des Kehlkopfs bei Kindern. (Forced examination of the larynx in children.)** *Progressive Medicine. März 1899. St. Louis Med. and Surg. Journal. Mai 1899.*

B. domonstrirt Escat's Laryngoscop und Zungenspatel und erwähnt die Methode von Luc.

EMIL MAYER.

109) **M. Boulay. Chronische Heiserkeit bei Kindern. (De l'enrouement chronique chez les enfants.)** *Annales des maladies de l'or. etc. No. 1. Januar 1899.*

Verf. überblickt die verschiedenen Ursachen chronischer Heiserkeit bei Kindern: Bildungsfehler des Larynx, hereditäre Syphilis, congenitale Tumoren, chronische Entzündung, Tuberculose, Lupus, Polypen, Paresen und Paralysen. In manchen dunklen Fällen, in denen keine Ursache der Heiserkeit zu finden ist, handelt es sich nur um den ersten Anfang einer Larynx- und Lungentuberculose.

E. J. MOURE.

110) **O. J. Stein. Verlagerung des Kehlkopfs durch einen Kropf, Dyspnoe und Aphonie verursachend. (Displacement of the larynx by a goitre causing dyspnea and aphonia.)** *Chicago Medical Recorder. Mai 1899.*

Starke Vergrösserung des linken Lappens der Schilddrüse; der Larynx ist 1 Zoll oder mehr nach rechts verdrängt. Der linke Recurrens ist total gelähmt. Heilung durch Operation.

EMIL MAYER.

111) **E. Berthold. Die laryngoscopische Diagnose des Geschlechts. (The laryngoscopical diagnosis of sex.)** *N. Y. Med. Journal. 10. Juni 1899.*

Der verschiedenen Stimme der Geschlechter entsprechen Verschiedenheiten im Bau des Kehlkopfs, die B. näher beschreibt. Bei einem nach Frauenart gekleideten Individuum, das er untersuchte, fand B. Stimmbänder, die breiter und länger waren, als sie gewöhnlich beim Weibe sind. Die weitere Untersuchung bestätigte seinen Verdacht; die Person hatte nicht völlig entwickelte, aber deutlich männliche Genitalien. Eine spätere Untersuchung mit Röntgenstrahlen zeigte, dass der Schildknorpel in einer Ausdehnung verknöchert war, wie man dies gewöhnlich nur bei männlichen Individuen findet.

LEFFERTS.

112) **Seymour Oppenheimer. Die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu den Kehlkopfaffectionen. (The connection of the female generative organs and laryngeal affections.)** *Philad. Monthly Medical Journal. Februar 1899.*

Die Verbindung beider Organe ist durch die Blutbahnen vermittelt oder durch die Nerven, speciell durch den Sympathicus und die vasomotorischen Nerven. Laryngeale Affectionen, die mit dem Generationsapparat in Verbindung stehen, können ohne wahrnehmbare Veränderungen im Larynx, können aber auch mit bestimmten Veränderungen der laryngealen Gewebe einhergehen. Das letztere ist

sogar häufiger der Fall; namentlich sieht man oft eine Congestion, die durch eine eigenartige bläulich-rothe Färbung der Schleimhaut ausgezeichnet ist.

Man constatirt solche laryngealen Veränderungen während der Pubertät, bei Erwachsenen während der Menstruation, bei Schwangerschaft und in der Menopause.

[Bei der Uebersicht über die Literatur des Gegenstandes ist der classische Artikel von J. N. Mackenzie (Baltimore) über dasselbe Thema nicht erwähnt. Ref.]

EMIL MAYER.

113) **Garel. Submucöse Blutung an den Stimmbändern. (Hémorrhagie sous-muqueuse des cordes vocales inférieures,)** *Annales des maladies de l'or. etc. No. 10. October 1898.*

Bericht über 4 Fälle, in denen im Moment einer Anstrengung (Gesang, Husten) eine flächenhafte interstitielle Blutung an den Stimmbändern eintrat.

E. J. MOURE.

114) **J. F. Ingals. Eversion des Ventriculus laryngis. (Eversion of the ventricle of the larynx.)** *Journal Am. Med. Assoc. 18. Februar 1899.*

Der Fall betrifft einen 39jährigen Mann. Derselbe hatte einen kleinen elastischen Tumor am Kieferwinkel, welcher auf Druck verschwand, während gleichzeitig die Stimme verloren ging. An der rechten Seite des Larynx befand sich eine cystische Geschwulst, welche die Innenfläche der Epiglottis bedeckte und das Taschenband hervorwölbte; das rechte Stimmband und der Ventrikel waren bei der Inspiration vollständig verdeckt, bei der Phonation auch das linke Stimmband und ein Theil der linken Kehlkopfseite. Nach Entleerung des äusseren Tumors besserte sich die Stimme; bei der Untersuchung des Larynx aber sah man jetzt einen glatten röthlichen Tumor, von etwa $^5/_8$ Zoll Länge, der von der rechten Kehlkopfwand gerade oberhalb des Stimmbandes entsprang. Derselbe wurde als der prolabirte Ventrikel erkannt und mittelst der Schlinge abgetragen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

115) **B. Franklin Stahl. Ein Fall von cystischer Erkrankung der Epiglottis. (A case of cystic disease of the epiglottis.)** *Philad. Med. Journal. 11. März 1899.*

Eine grosse Anzahl Cysten bedeckte die Oberfläche der Epiglottis und verengte den Larynxeingang. Dieselben wurden mittelst Evulsion und Aetzung mit Silbernitrat beseitigt.

EMIL MAYER.

116) **E. Bunzl-Federn** (Prag). **Ein Fall von Sklerom der oberen Luftwege.** Vorgest. im Verein deutscher Aerzte in Prag am 17. Februar 1899. — *Prager med. Wochenschr. No. 13. 1899.*

Patient acquirirte diese Erkrankung aller Wahrscheinlichkeit nach in Russland (Wolhynien); die Diagnose wurde mikroskopisch und bakteriologisch sichergestellt. Die Therapie bestand Anfangs in Curettement (mit der Krause'schen Pincette im Larynx), hernach in Dilatation mit O. Dwyer'schen Tuben mit recht gutem Erfolge. B. glaubt in diesem Falle den Larynx als Ausgangspunkt des Skleroms ansehen zu können.

CHIARI.

117) **Uchermann** (Christiania). **Demonstration von Geschwülsten im Larynx. (Demonstration af Svulster i Struben.)** Verhandl. d. medicin. Gesellschaft in Christiania. 1898.

1. U. demonstrirte zwei Geschwülste (apfelgross und wallnussgross), die beide von dem Introitus laryngis eines 52jährigen Mannes entfernt wurden. Die Geschwülste hatten sich im Laufe eines halben Jahres entwickelt [Fibro-myxolipoma (sarcomatosum)]. Sie gingen von der hinteren Fläche des Processus arytaenoideus dext. aus und wurden mit der galvanocaustischen Schlinge entfernt. Merkwürdigerweise hatten sie nicht besonders starke Dyspnoe hervorgebracht.

2. Vorstellung eines jungen Mädchens, bei welchem ein papillomatöses Adenocarcinom, das von der Cartilago thyreoidea ausging, entfernt worden war. Die Patientin ist 1892 wegen eines ähnlichen von derselben Region ausgehenden Tumors, der mikroskopisch sich als ein degenerirtes Chondrom (Myxochondrom) erwies, operirt worden.

Die letzte Geschwulst wurde nach vorausgehender Intubation in Chloroformnarcose exstirpirt. Die Intubation wurde vorgenommen, um Dyspnoe und innere Blutung, falls der Larynx während der Operation geöffnet werden sollte, zu verhindern.

SCHMIEGELOW.

118) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Zwei Fälle von Kehlkopftumor. (Two cases of laryngeal growths.)** *Australasian Medical Gazette. 20. April 1899.*

23jährige Patientin mit Angiom an beiden Stimmbändern. Die grössere Geschwulst wurde mit dem Galvanokauter zerstört. 3 Applicationen von 20 proc. Sulforicincarbol-Lösung in Zwischenräumen von 3 Tagen genügten, um die kleinen Geschwülste des anderen Stimmbandes vollständig zu beseitigen.

Im 2. Falle handelte es sich um Fibrome an beiden Stimmbändern, die in einer Sitzung mit dem Galvanokauter zerstört wurden.

A. J. BRADY.

119) **H. v. Schrötter** (Wien). **Ueber eine seltenere Indication zu einem operativen Eingriff im Larynx.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 40. 1898.*

36jähriger Patient leidet an Athemnoth; seine Stimme ist seit mehreren Jahren auffallend hoch. Bei forcirter Inspiration hört man neben Stenosengeräusch ein Schnarren. — Linke Larynxseite vollständig unbeweglich, von der linken aryepiglottischen Falte und der Gegend des linken Aryknorpels breitbasig ausgehend springt ein haselnussgrosser glatter Tumor in das Larynxlumen so stark vor, dass nur das vordere Drittel beider Stimmbänder zu sehen ist. Linksseitige Recurrenslähmung mit secundär entstandener Lageveränderung der aryepiglottischen Falte und des Aryknorpels — Abtragung mittelst galvanokaustischer Schlinge. Daraufhin Athmung frei; die Stimmlage blieb hoch. Glottis schliesst gut. Heilung.

CHIARI.

120) **Herbert Tilley. Zwei Fälle von maligner Erkrankung der Stimmbänder. Thyrochondrotomie. Der eine Fall seit 2 Jahren recidivfrei. (Two cases of malignant disease of the vocal cords. Thyrochondrotomy. Non-recurrence in one case after two years.)** *Brit. Med. Journal. 22. October 1898.*

65jähriger Mann, seit 14 Monaten heiser. Das rechte Stimmband, der Pro-

cessus vocalis und der Aryknorpel wurden nach Eröffnung des Kehlkopfes durch die Thyrotomie mit der Scheere abgetragen. Das Kehlkopfinnere wurde mit Whitehead-scher Lösung ausgepinselt. Für die ersten 4 Stunden nach der Operation wurde eine dünne Gummitube in die Trachea eingelegt. Der Patient schluckte am nächsten Tag bereits Milch mit Ei, nach 4 Tagen feste Nahrung; er ist jetzt 2 Jahre nach der Operation wohl und ohne Recidiv. Der 2. Patient, der 89 Jahre alt ist, wurde erst kürzlich operirt; er ist bisher gesund. ADOLPH BRONNER.

121) **J. E. Boylan. Ein Fall von Epitheliom des Kehlkopfs. (A case of epithelioma of the larynx.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 20. Mai 1899.*

Bericht über einen Fall, bei dem die Anschwellung der Drüsen 5 Monate vor dem Eintreten von Dyspnoe constatirt wurde. Schmerz und Ulceration fehlten vollständig. EMIL MAYER.

122) **Th. Weiss. Krebs des Larynx mit Ausbreitung auf Rachen- und Speiseröhre. (Cancer du larynx étendu au pharynx et à l'oesophage.)** *Revue méd. de l'Est. p. 81. 1. Februar 1899.*

Vorstellung des Patienten, der vor 15 Tagen nach der Methode von Perier ohne vorhergehende Tracheotomie operirt worden ist. Der Verlauf ist bisher ein vorzüglicher. A. CARTAZ.

123) **T. Wallace. Excision des Larynx und eines Theiles der Speiseröhre. (Excision of the larynx and part of the oesophagus.)** *British Medical Journal. 26. November 1898.*

47jährige Patientin, seit 6 Monaten an Schmerzen im Halse leidend. Das linke Stimmband erwies sich als krebsig erkrankt. Tod durch Recidiv 5 Monate nach der Operation. ADOLPH BRONNER.

124) **J. W. Leech. Ein Fall von innerem Kehlkopfkrebs. Totalexstirpation des Kehlkopfs. Heilung. (A case of intrinsic cancer of the larynx; total laryngectomy; recovery.)** *Lancet. 15. Februar 1899.*

57jähriger Mann mit Dysphagie und Heiserkeit seit 5 Monaten. Am 6. November 98 wurde der Larynx eröffnet und die ausserordentliche Verbreitung der Geschwulst constatirt; darauf wurde am 17. November die Totalexstirpation des Larynx gemacht. Bisher kein Recidiv. Der Pat. trägt einen modificirten Gussenbauer'schen künstlichen Kehlkopf und kann 10—20 Minuten lang laut sprechen.

ADOLPH BRONNER.

125) **H. S. Birkett** und **A. G. Nicholls. Carcinom des Kehlkopfs. (Carcinoma of the larynx.)** *Philad. Medical Journal. 29. April 1899. Montreal Medical Journal. Mai 1899.*

Krankengeschichte eines Falles von weichem Carcinom mit glandulärem Typus. Von Interesse ist die langsame Entwicklung der Geschwulst, die innerhalb 6 Monate kaum Veränderungen zeigte. Die verringerte Beweglichkeit des rechten Stimmbandes erklären die Verff. durch Druck entzündlicher Producte auf den Recurrens. EMIL MAYER.

126) **Rutsch** (Bern). **Die Kocher'schen Radicaloperationen des Larynxcarcinoms.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 50. Bd. 5. u. 6. H. 1899.*

Kocher nimmt die partielle Resection des Kehlkopfes oder Thyreotomie mit Weichtheilexcision vor. Die Operation geschieht ohne Narcose und Tamponkanüle, die Nachbehandlung mit gewöhnlicher Trachealkanüle und Jodoformgazetamponade. Auf 12 Operationen kamen 1 Totalexstirpation, 6 halbseitige Laryngectomieen, 3 graduelle Resectionen, 1 Thyreotomie mit Weichtheilexcision, 1 Pharyngotomia subhyoidea. Recidivfrei sind 1 Fall nach $4^1/_2$ Jahren, 1 nach $2^1/_2$, 1 nach 10 Monaten, 1 nach 7, 1 nach 6 und 1 nach 5 Monaten. Infolge der Operation gestorben ist ein Patient.

SEIFERT.

127) **Wolff** (Metz). **Ein neuer cachirter Aetzmittelträger für den Kehlkopf.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. 8. p. 387. 1898.*

Abbildung und Beschreibung des Instrumentes.

F. KLEMPERER.

128) **J. A. Blake** (New York). **Die Beziehung der Trachea und der Bronchien zu den Thoraxwänden, durch Röntgenstrahlen festgestellt. (The relation of the trachea and bronchi to the thoracic walls as determined by the Röntgen rays.)** *American Journal Med. Scs. März 1899.*

Die Körper wurden durch Injection von Formalin in die Arterien gehärtet und die Bronchien mit einer bei 155° F. schmelzenden Metalllösung gefüllt. Dann wurden die Skiagramme aufgenommen. Auf diese Weise wurden die Beziehungen der Bronchien zu dem knöchernen Thorax festgestellt und genau gemessen.

A. LOGAN TURNER.

129) **E. Przewoski** (Warschau). **Ueber die Divertikel der Trachea. Beitrag zur normalen und pathologischen Anatomie der Athmungswege.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngologie. Bd. 8. H. 3. p. 422. 1898.*

P. berichtet in ausführlicher Mittheilung über seine Messungen und histologischen Untersuchungen an normalen Luftröhren. Es folgt die macroscopische Beschreibung und microscopische Untersuchung einer grösseren Anzahl von Divertikeln, welche sich theils als rinnenförmige Divertikel mit weiter Eingangsöffnung, die einen beträchtlichen Theil von der Breite der membranösen Luftröhrenwand einnehmen, theils als sackförmige Divertikel mit enger Mündung darstellen. Die interessanten Ergebnisse dieser fleissigen Studie müssen von Interessenten im Original nachgelesen werden. Eine grössere pathologische Bedeutung besitzen die Luftröhrendivertrikel nur in Ausnahmefällen; meist sind sie klein und können jahrelang ohne besondere Symptome bestehen.

F. KLEMPERER.

130) **W. W. Keen** und **W. S. Jones. Zwei neue Fälle von Chirurgie der Trachea: Strictur der Luftröhre durch Operation beseitigt. Entfernung eines Diaphragmas der Trachea, das durch eine Halsschnittwunde entstanden war und Aphonie verursachte. (Two novel cases of surgery of the trachea: Stricture of the trachea successfully removed by operation. Successful removal**

of a diaphragm in the trachea following cut throat and producing aphonia.) *N. Y. Medical Record. 10. Juni 1899.*

Sorgfältige Beschreibung beider Operationen. Die Strictur in Fall 1 reichte vom 3. bis zum 5. Trachealknorpel. In Fall 2 sprach der Patient 4 Tage nach der Operation zum ersten Male seit 13 Monaten. In diesem Falle wurde der Oesophagus, der durch Adhäsionen nach vorn gezogen war, bei der Operation zufällig angeschnitten.

LEFFERTS.

131) **Redact. Notiz. Bronchotomie. (Bronchotomy.)** *N. Y. Medical Record. 7. Januar 1899.*

Bemerkungen über einen von Curtis (Annals of Surgery. November 1899.) veröffentlichten Fall. Derselbe betrifft einen Knaben, der einen Fremdkörper inhalirt hatte. Es wurde erst die Tracheotomie gemacht, dann am Rücken incidirt, die Pleura angeschnitten, der Bronchus eröffnet, schliesslich die Lunge an der Stelle, an der die Spitze des Fremdkörpers zu fühlen war, mit dem Thermocauter incidirt. Der Fremdkörper aber wurde nicht gefunden, möglicherweise weil er macerirt war. Der Pat., ein Knabe von 12 Jahren, starb an septischer Pneumonie.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

132) **Poncet** (Lyon). **Massive Enucleation des Kropfes. (Enucleation massive du goitre.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

P. vertheidigt seine Operationsmethode und führt die Fälle auf, in denen sie indicirt ist. Dies ist namentlich der Fall, wenn eine Reihe sehr kleiner Cysten vorhanden ist, die eng an einander gepresst eine Art begrenzten Tumors bilden, der von einer mehr oder weniger starken Schicht Schilddrüsengewebes umkleidet ist.

PAUL RAUGÉ.

133) **Schwartz** (Paris). **Chirurgische Behandlung des Kropfes. (Traitement chirurgical du goitre.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. Octob. 1898.*

Bei Fällen von eingekapseltem Kropf verdient die intraglanduläre Enucleation den Vorzug. In allen seinen Fällen erzielte Verf. primäre Heilung. Gegen die secundäre Blutung, den einzigen üblen Zufall, den Verf. bei dieser Operation je beobachtete, schützt die von Poncet angegebene hämostatische Naht der Kapsel.

Verf. berichtet über 5 einseitige Thyroidectomien mit 4 Heilungen und 1 Exitus letalis und über 3 bilaterale Thyroidectomien mit 2 Heilungen und einem Todesfall.

PAUL RAUGÉ.

134) **Socin** (Basel). **Die Behandlung des Kropfs. (Traitement du goitre.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

Die allgemeine Narkose bietet bei Kropfoperationen besondere Gefahren durch pulmonäre Zufälle. Wenn irgend möglich, soll man deshalb mit localer

Anaesthesie sich begnügen; für die Enucleation des Kropfes genügt dieselbe in der grossen Mehrzahl der Fälle.

Unter 110 Enucleationen gebrauchte S. nur 19mal Chloroform; bei 91 Operationen reichte Cocain aus.

Eine Methode, die er seit langem anwendet, ist der Poncet'schen Enucleation massive analog; er beschreibt sie als Enucleation mit Resection. Aber bei dieser Methode kommen schwere Blutungen vor und sie ist darum nur ausnahmsweise anzuwenden.

Die Statistik seiner letzten 200 Kropf-Operationen ist:

117 Enucleationen
62 Exstirpationen
21 combinirte Operationen.

In $^2/_3$ der Fälle wurde für 48 Stunden ein Drain eingelegt.

Von den 200 Fällen starb nur 1 durch hypostatische Pneumonie.

PAUL RAUGÉ.

135) **Roux** (Lausanne). **Chirurgische Behandlung des Kropfes. (Traitement chirurgical du goitre.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. Oct. 1898.*

So viel als möglich soll man bei Kropfoperationen ohne Narkose operiren, auch ohne Cocain, das für das Herz gefährlich ist. Die Operation ohne Anaestheticum ist weniger gefährlich, weniger blutig und leichter.

Bei nicht blutreichem Cystenkropf ist die einfache Enucleation nach Socin empfehlenswerth; ist die Blutung erheblich, so lässt man sofort die Ligatur der Thyreoidea inferior folgen. In allen anderen Fällen folgt R. den Vorschriften von Kocher.

Sehr wichtig ist, zuerst den Tumor von der Trachea abzulösen und die letztere freizulegen, so dass man in jedem Augenblick, sobald sich die Nothwendigkeit dazu ergiebt, die Tracheotomie machen kann. Erst nachdem die Trachea blossgelegt ist, wird der Tumor nach Kocher's Methode luxirt.

Die krebsige Umbildung eines Kropfes ist nicht immer mit Sicherheit zu erkennen; verdächtig und zu exstirpiren ist jeder Kropf, der ein schnelles Wachsthum zeigt.

PAUL RAUGÉ.

136) **Girard** (Bern). **Operationsstatistik bei Kropf. (Statistique opératoire pour le goitre.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

G. stellt 545 Operationen zusammen, die er gemacht hat, und zwar:

159 Enucleationen mit 1 Todesfall.
130 partielle Exstirpationen mit 4 Todesfällen.
112 Resectionen ohne Todesfall.
144 verschiedene combinirte Operationen mit 1 Todesfall.

Im Ganzen 6 Todesfälle bei 545 Operationen = 1,1 pCt.

3 Fälle starben plötzlich durch Herzsyncope, 2 an Pneumonie, 1 unter infectiösen Erscheinungen.

6mal operirte G. an graviden Frauen; die Operation war wegen suffocativer Anfälle nothwendig. Alle 6 wurden geheilt und kamen normal nieder.

PAUL RAUGÉ.



137) **Paul Raugé** (Challes). **Pathogenese der Basedow'schen Krankheit. (Pathogénie de la maladie de Basedow.)** *Bulletin médical. Juli 1898.*

Die Theorien über das Wesen der Basedow'schen Krankheit lassen sich eintheilen in die

1. dyscrasische Theorie,
2. nervöse Theorie (Sympathicuslähmung oder -reizung),
3. Thyroid-Theorie (qualitative und quantitative Störung der Secretion oder Störung der Excretion des Secretes).

Am meisten befriedigt bisher die eclectische Auffassung der Krankheit, die Renault und Ballet äussern: Eine Toxämie thyroider Herkunft ist vorhanden; ihr Ursprung aber ist primär im Nervensystem zu suchen; auch ihre Folgen äussern sich besonders im Nervensystem. So bilden die pathogenen Erscheinungen eine Kette, die vom Nervensystem über die Läsion der Thyreoidea zurück zum Nervensystem führt. Autoreferat.

138) **G. Paulesco. Behandlung der Basedow'schen Krankheit mit Chininsulfat. (Le traitement du goître exophthalmique par le sulfate de quinine.)** *Journal de médecine interne. 15. December 1898.*

Man muss das Mittel lange und in kleinen Dosen nehmen lassen. Zuerst verschwinden die allgemeinen Erscheinungen und die Tachycardie, der Exophthalmus verschwindet erst spät. Die Tagesdose ist 1 g, die man auf 2 mal mit $^1/_4$ Stunde Zwischenraum nehmen lässt. PAUL RAUGÉ.

139) **Schwartz** (Paris). **Resection des Sympathicus bei Basedow'scher Krankheit. (Résection du grand sympathique dans le goître exophthalmique.)** *Société de Chirurgie. 16. November 1898.*

Sch. berichtet über 2 Fälle, die er mit gutem Erfolge vor 1 Jahr resp. vor 9 Monaten operirt hat. Die totale Abtragung des oberen Halsganglions ist schwierig; es genügt, dasselbe partiell zu exstirpiren und dazu 5—6 cm vom Sympathicusstamm zu entfernen. PAUL RAUGÉ.

140) **Jonnesco** (Bucarest). **Die Resection des Halssympathicus bei Basedow'scher Krankheit. (De la résection du sympathique cervical dans le traitement du goître exophthalmique.)** *Soc. de Chirurgie. 2. November 1898.*

J. hat seit 1896 zehn Fälle operirt, von denen 6 geheilt und 4 erheblich gebessert wurden. Die geheilten Fälle waren die echten Basedowfälle; die 4 gebesserten waren Fälle von Kropf mit Basedow'schen Symptomen (goîtres basedowifiés). Exstirpirt werden muss der ganze Halsstrang, inclusive der unteren Ganglien, welche die eigentliche Quelle der Acceleratoren des Herzens und der Vasodilatatoren der Schilddrüse sind. Die Operation ist gutartig. Der Exophthalmus und die nervösen Symptome verschwinden sofort; die Tachycardie und der Tumor der Schilddrüse vergeht langsamer; der Kropf ist das einzige Symptom, das nicht immer vollständig verschwindet. PAUL RAUGÉ.

141) **Ch. Abadie** (Paris). **Therapeutische Indicationen der Resection des Halssympathicus. (De la section du sympathique cervical. Indications therapeutiques.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

A. vertritt wieder die Theorie von der Reizung der Vasodilatatoren der Schilddrüse als Ursache der Basedow'schen Krankheit und generalisirt dieselbe. Vasodilatatorenreizung an verschiedenen Organen bringt in pathogenetischer Hinsicht identische, klinisch aber sehr verschiedene Affectionen hervor. So führt die oculäre Vasodilatatorenreizung zur Hypersecretion, dann zur Spannung im Auge und schliesslich zur Atrophie des Sehnerven. Daher kommt es, dass ein und dasselbe Mittel: die Resection, Krankheiten von so verschiedenem Gepräge heilen kann, wie Glaucom und Morb. Basedowii.

Vielleicht sind noch andere Krankheiten derselben Therapie zugänglich; das Studium der pathologischen Folgen der Reizung des Brust- und Bauchsympathicus muss darüber Aufklärung geben.

PAUL RAUGÉ.

142) **Témoin** (Bourges). **Basedow'sche Krankheit; beiderseitige Resection der sympathischen Halsganglien ohne Erfolg. (Goitre exophthalmique. Résection bilaterale des ganglions cervicaux. Resultat negatif.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

Typischer Fall von Basedow, bei dem die Sympathicusganglien mit den zuführenden und abführenden Nervenfäden vollständig entfernt wurden, der aber nach kurzer Besserung sich verschlimmerte und nach 3 Monaten starb. T. stellt diesem Fall 2 andere gegenüber, die durch partielle Thyroidectomie vollständig geheilt wurden. Ohne über die Jaboulay'sche Methode aburtheilen zu wollen, verlangt er doch zahlreichere Beweise für ihre Nützlichkeit, als bisher erbracht sind.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

143) **Reitzenstein. Erkennung eines tiefen Divertikels des Oesophagus. (Recognition of a deep diverticulum of the esophagus.)** *N. Y. Medical News. 1. October 1898.*

Verf. giebt die Krankengeschichte seines Falles und bespricht dann die verschiedenen Methoden, welche die Diagnose eines tiefsitzenden Divertikels ermöglichen.

LEFFERTS.

144) **L. Corper. Ein Fall von Oesophagotomie wegen eingeklemmten Gebisses. (A case of oesophagotomy for impacted artificial teeth.)** *Brit. Med. Journal. 29. October 1898.*

33jährige Frau verschluckte im Schlafe eine grosse Zahnplatte. Entfernung derselben 3 Tage später durch Incision an der linken Seite des vorderen Randes des Sternocleido-mastoideus. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

145) **John C. Mc. Coy. Aeussere Oesophagotomie bei eingekeiltem Fremdkörper in der Speiseröhre, der durch X-Strahlen localisirt ist. (External esophagotomy for impacted foreign body in the esophagus located by the x ray.)** *N. Y. Med. News. 3. December 1898.*

Wenn ein Fremdkörper länger als 12 Stunden im Oesophagus eingekeilt ist und besonders wenn er scharf oder uneben, also geeignet ist, bei ausgeübtem Zug, die Gewebe zu verletzen, dann soll man sofort die äussere Incision machen und nicht erst mit oesophagealen Instrumenten den Pat. schädigen und Zeit verlieren. Nach der Operation soll, wenn der Fremdkörper nicht zu lange fest sass und die Gewebe nicht zerrissen sind, sofort der Oesophagus mit feinem Catgut vernäht und die äussere Wunde geschlossen werden. Verf. giebt dann Regeln über die Ernährung nach der Operation.

LEFFERTS.

146) **M. Gangolphe** (Lyon). **Gebiss im Oesophagus mit dem Stuhl abgehend. (Dentier dans l'oesophage, refoulement physiologique par les aliments.)** *Soc. de Chirurgie de Lyon. 22. December 1898.*

G. legt die Zahnplatte vor, die im Stuhlgang gefunden worden ist. Dieselbe sass gleich nach dem Verschlucken so tief, dass jeder Versuch, sie instrumentell zu extrahiren oder herabzustossen, gefährlich erschien. G. beschränkte sich deshalb darauf, dicke Suppen und Kartoffelpurée nehmen zu lassen. Am selben Abend schon war das Gebiss im Magen und 2 Tage danach erschien es im Stuhl.

PAUL RAUGÉ.

147) **Rigot** (Saint-Etienne). **Verengerung des Oesophagus durch Aortenaneurysma; plötzlicher Tod nach Einführung der Sonde. (Rétrécissement de l'oesophage par aneurysme de l'aorte. Mort rapide après le passage de la sonde.)** *Loire médicale. 15. December 1898.*

55jährige Frau mit Dysphagie, Regurgitation der Speisen und retrosternalem Schmerz. Eine nicht sehr starke Sonde wurde eingeführt; es erfolgte Syncope, intestinale Blutung und nach 6 Stunden der Tod. Die Section ergab ein grosses Aortenaneurysma, der Oesophagus war nicht perforirt, sondern bloss excoriirt; die Wände des Aneurysmas waren infiltrirt und dissociirt durch Blut.

Der Fall lehrt von Neuem Vorsicht; man sondire in keinem Falle, ehe nicht die Integrität der Aorta festgestellt ist.

PAUL RAUGÉ.

148) **E. Weil** und **Mauban. Aneurysma der Brustaorta in den Oesophagus sich öffnend. (Aneurisme de l'aorte thoracique ouvert dans l'oesophage.)** *Société anatomique. 30. December 1898.*

Section einer Frau, die intra vitam an sehr starker Haematemesis gelitten hatte, so dass an Ulcus ventriculi gedacht war. Es fand sich ein spindelförmiges Aneurysma der Brustaorta, das durch einen engen Gang mit dem Oesophagus in Verbindung stand.

PAUL RAUGÉ.

149) **Fontan** (Toulon). **Verletzung des Oesophagus bei Kropfexstirpationen. (De la blessure de l'oesophage dans les extirpations de goitre.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

In einem Fall von enormem Kropf mit starker Verdrängung des Larynx und

der Trachea nach rechts schnitt F. bei der Exstirpation des Kropfes den Oesophagus an. Trotz einer vorgenommenen Oesophagoplastik und späterer Gastrotomie starb der Kranke nach 3 Monaten in Folge von infectiöser Mediastinitis.

Der Verf. legt sich die Frage vor, ob man ähnliche Verlagerungen der Speiseröhre nicht vorhersehen kann. Er findet ein Zeichen dieser Complication in dem Studium der Bewegungen beim Schlucken: Der Oesophagus, der um den Tumor herum sich krümmt, strebt beim Schlucken in seine gradlinige Stellung zurück und drängt, indem er sich aufrichtet, den Kropf nach der entgegengesetzten Seite. Daraus resultirt eine laterale Verschiebung des Kropfes, die sich mit der gewöhnlichen Aufsteigebewegung der Schilddrüse verbindet und an der die Trachea nicht in demselben Maasse Theil hat.

Aus diesen Bewegungen und ferner durch die Sondirung der Speiseröhre, glaubt Verf., lässt sich ihre Verlagerung diagnosticiren. PAUL RAUGÉ.

150) **E. W. Battle. Fall von Geschwulst des Oesophagus. (Case of tumour of the oesophagus.)** *Lancet. 24. December 1898.*

39jähriger Mann, seit einigen Monaten an leichter Dysphagie leidend. Dann trat Dyspnoe ein; die Stimme war normal, aber ein lauter inspiratorischer und exspiratorischer Stridor war hörbar. Beide Stimmbänder bewegten sich gut (!!). Zwei Wochen später musste die Tracheotomie gemacht werden; der Patient starb 24 Stunden nachher. Die Section ergab einen starken Tumor, der von der vorderen Wand der Speiseröhre ausging und in die Trachea hineinragte. Der linke Recurrens „verlor sich“ in einer vergrösserten Drüse. ADOLPH BRONNER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) H. Bottini. Die Chirurgie des Halses. Uebersetzt von J. Arkel. Leipzig 1898.

Der bekannte italienische Chirurg H. Bottini hat in seinem trefflichen Werke seine reichen Erfahrungen auf dem Gebiete der Halschirurgie niedergelegt und seine schönen chirurgischen Resultate durch viele lehrreiche Abbildungen illustrirt. Im ersten Capitel behandelt B. die chirurgische Anatomie des Halses. Bei der grossen Wichtigkeit derselben, die auch Verf. vielfach betont, wäre es gut gewesen, wenn die topographische Anatomie des Halses mit einigen lehrreichen Abbildungen wiedergegeben wäre. Wir finden aber nur zwei Figuren; die eine bezieht sich auf einen anormalen venösen Kreislauf, die andere hat für die Topographie des Halses durchaus nichts Instructives. Zu der Beschreibung der Halsfascien wollen wir bemerken, dass der Versuch, eine Analogie derselben mit

den Fascien der vorderen Bauchwand aufzustellen, nicht als eine glückliche Idee betrachtet werden kann, und dass die vergleichende Bezeichnung einer Linea alba am Halse gänzlich fallen gelassen werden muss. In die operative Behandlung der Halskiemenfisteln hat B. eine neue Methode eingeführt, indem er vor der Zerstörung der Gänge mittelst elektrischer Glühhitze dieselben mit Laminarien dilatirt. Dadurch erreicht er, dass die Schleimhaut des ganzen Kiemenganges zerstört wird und dass die gewohnten Recidive seltener geworden sind. Unter 17 Fällen kamen nur 3 Recidive vor. Von den Lymphomen wird nichts Neues gesagt. Was die Exstirpation des Kehlkopfes betrifft, so benutzt B. gegen die Blutung bei der Abtrennung des Kehlkopfes den Thermokauter und macht 15 Tage früher die Tracheotomie. Mit grosser Vorliebe behandelt B. das Capitel der Strumen. Seine Methode hat er bereits im Jahre 1896 veröffentlicht. Er theilt die Strumen in cystische, solide und gemischte. Andere Autoren betrachten die cystische Form als die häufiger vorkommende, B. dagegen die gemischte Form (63 pCt.); nach seinen Erfahrungen waren unter 327 Fällen nur 34 cystische. Er operirt die Strumen auch bei der Basedow'schen Erkrankung. Es liegt uns fern, in Anbetracht der grossen Literatur und der vielen schwebenden Fragen bezüglich der Basedow'schen Erkrankung, B.'s Versuchen und Meinungen hier näher zu treten und die ganze Frage kritisch zu beleuchten. B. nimmt immer eine Exstirpation vor, nie eine Enucleation und seine Statistik ist eine auffallend gute. Er behandelt im letzten Capitel die organischen Stricturen des Oesophagus; sein Vorgehen besteht in der inneren Oesophagotomie und nachheriger allmäliger Dilatation. B. hat uns mit seinem trefflichen Werke einen guten Dienst erwiesen; dasselbe ist warm zu empfehlen und selbst für den Fachmann sehr lohnenswerth zu lesen, da es besonders im Gebiete der Strumen so Manches in neuem Lichte darstellt.

Onodi.

---

b) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 4. November 1898.

Vorsitzender: H. T. Butlin, F. R. C. S.

Prof. F. Massei (Neapel): Lupus des Kehlkopfs.

Redner bespricht den Fall eines 10jähr. Mädchens, das er vor 1 Jahre sah. Dasselbe litt an typischem Lupus des Larynx; die Lungen erschienen damals normal. Ein Theil der Epiglottis wurde abgetragen; es fanden sich bei der Untersuchung typische Tuberkel mit Riesenzellen. Neuerdings haben sich Symptome von Lungenphthisis eingestellt. Redner schlägt vor, die Unterscheidung zwischen Lupus und Tuberculose, deren Identität durch seinen Fall von Neuem dargethan sei, vollständig fallen zu lassen. (Redner demonstrirt Präparate seines Falles und übergiebt dieselben der Sammlung der Gesellschaft.)

Semon hält ebenfalls beide Affectionen für identisch. Der Lupus wird als



eine besondere Form von Tuberculose charakterisirt nur durch die Spärlichkeit der Tuberkelbacillen und durch den chronischen Verlauf.

St. Clair Thomson: Hypertrophische Laryngitis zweifelhafter Natur.

51jähr. Patient, Alkoholiker, zeigt allgemeine hypertrophische Laryngitis, eine Excrescenz am rechten Proc. vocalis und Schwächung der Bewegung des rechten Stimmbandes. Heiserkeit seit 8 Monaten.

Bond und Semon äussern beide den Verdacht auf Malignität, speciell weil die vorübergehenden Besserungen, die man bei einfacher Laryngitis gewönlich beobachtet, in diesem Falle gänzlich fehlen.

Lake weist darauf hin, dass der Pat., den er früher gesehen hat, seither erheblich abgenommen hat.

Barclay Baron (Bristol): Epitheliom des Kehlkopfs.

64jähr. Mann, dem vor 12 Monaten eine grosse Geschwulstmasse mittelst der Zange von den vorderen Theilen der Stimmbänder und der vorderen Commissur entfernt worden ist. Die Geschwülste waren multipel, nicht ulcerirt, das Gewebe um dieselben nicht geröthet. Später kam der Pat. mit einem grossen Recidiv wieder, das als Epitheliom erkannt wurde. Dasselbe wurde durch äussere Operation entfernt. Seither hat sich bereits ein neues Recidiv ausgebildet.

Die Frage ist, ob hier eine Umbildung von gutartiger Geschwulst in maligne vorliegt.

Semon kann bei dem Alter des Pat. und nach dem Bilde, das von der ersten Geschwulst gegeben wird, nur annehmen, dass bereits die ursprüngliche Neubildung eine maligne war.

Barclay Baron: Sarcom der Nase:

34jähr. Frau mit Verstopfung der Nase, Schmerz und Ausfluss. Eine grauliche Geschwulst ragte aus der Nase in den Nasopharynx hervor. Dieselbe wurde theilweise abgetragen, wobei eine reichliche Blutung stattfand. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst erwies ihre Zusammensetzung aus Rundzellen.

Spencer ist der Ansicht, dass die Diagnose auf Sarcom noch nicht genügend gesichert ist. Er räth, gründlich die Nase zu curettiren und die entfernten Stücke weiter zu untersuchen.

Butlin ist derselben Ansicht und betont, wie schwer es ist, Sarcom und entzündliches Gewebe im Mikroskop zu unterscheiden.

Waggett erklärt ebenfalls, die vorgelegten Präparate von Granulationsgewebe nicht unterscheiden zu können.

Hill hatte einen ähnlichen Fall vor 8 Jahren in Beobachtung. Der Pat., bei dem die Rouge'sche Operation gemacht wurde, lebt noch und ist gesund. Nach seiner jetzigen Erfahrung möchte der Redner diesen Fall für eine Sinuserkrankung mit übermässigen Granulationen halten.

Robinson meint, dass es sich auch um Tuberculose handeln könne.

Butlin erklärt, dass die glatte, nicht ulcerirte Oberfläche auf einfach entzündliche Natur der Wucherung hinweist.

Baron: Diagnostisch zweifelhafter Fall von Nasenerkrankung.

Eine breite Schwellung um das linke Nasenbein bei einer jungen Dame, die vor 6 Monaten ein Trauma der Nase erfahren hat. Ein Stück necrotischen Knorpels ist ausgestossen worden.

Watson Williams: Krebs der Speiseröhre mit Lähmung eines Stimmbandes.

Fall von Krebs des Oesophagus mit Perforation in die Trachea 2 Zoll oberhalb der Bifurcation. Der rechte Recurrens war in die Geschwulst verwickelt und comprimirt, der rechte Posticus war atrophisch. Die Krankengeschichte lehrt, dass die Stimme ca. 11 Monate früher heiser wurde, ehe Schluckbeschwerden sich einstellten. Das rechte Stimmband hatte intra vitam in Cadaverstellung gestanden.

Semon dringt auf sorgfältige Untersuchung der Muskeln und Nerven auf degenerative Veränderungen in allen derartigen Fällen. Die jüngst erfolgte Beschreibung eines solchen von Friedrich ist sehr werthvoll.

Arthur Cheatle: Fall von paroxysmalem Niesen mit starker Gewebshypertrophie um das Tuberculum septi (in der Junisitzung vorgestellt).

Eine weiche röthliche Masse wurde entfernt; dieselbe erwies sich mikroskopisch als hypertrophirtes normales Gewebe.

Pegler: Geschwulst in der vorderen Commissur; Abtragung derselben, aber Fortdauer der Parese des rechten Stimmbandes (in der Märzsitzung demonstrirt).

Das kleine commissurale Fibrom am linken Stimmbande wurde vor sechs Monaten exstirpirt; die Abductorparese des rechten Stimmbandes aber besteht noch.

Bond: Grosses Angiom des Kehlkopfs.

55jähr. Mann, der als Knabe übermässig zu schreien pflegte. Seit 28 Jahren heiser; seit 20 Jahren unter ärztlicher Beobachtung (Wolfenden, Journal of Laryngology. 1888). Hat wiederholt Blut ausgehustet, eine besonders reichliche Blutung erfolgte im März 98. Die vorderen zwei Drittel des rechten Taschenbandes sind von einem grossen dunkelblauen Tumor bedeckt; am linken Taschenband ist eine kleine Auflagerung vorhanden; beide Stimmbänder erscheinen frei.

Redner wirft die Frage auf, ob nicht mit Rücksicht auf die wiederholten Blutungen eine radicalere Behandlung, als die blosse galvanokaustische Aetzung, angebracht ist.

Spencer ist für Laryngofissur und ausgiebige Entfernung. Die Bewegungen des rechten Stimmbandes sind geschwächt und am Hals ist eine leicht ge-

schwollene Drüse zu fühlen. Möglicherweise besitzt die Geschwulst Tendenz zur Malignität.

Butlin empfiehlt ebenfalls die Radicaloperation.

Steward (für Symonds): Epitheliom des Larynx. (?)

55jähriger Mann, seit 11 Monaten über Heiserkeit und Schmerzen klagend. Von dem unregelmässig verdickten rechten Stimmband wurde ein Stück entfernt; die Diagnose des untersuchenden Pathologen lautete nur auf entzündliche Veränderungen.

Spicer und Grant halten den Fall nichtsdestoweniger für maligne.

Semon kann die vom Redner beschriebene Ulceration bisher nicht zugeben.

Bond: Grosses Lipom des weichen Gaumens.

49jähr. Frau, der Redner vor 8 Jahren eine Fettgeschwulst aus der rechten Parotisgegend entfernt hat. Vor 6 Jahren wurde von einem anderen Chirurgen die rechte Brust entfernt. Jetzt besteht ein grosser halbfluctuirender Tumor an der rechten Seite des weichen Gaumens, der etwas über die Mittellinie reicht. Es ist naheliegend, anzunehmen, dass derselbe aus einem Theil der ursprünglichen Parotisgeschwulst sich entwickelt hat.

Butlin nimmt an, dass der Tumor sich leicht wird herausschälen lassen.

Lake: Tuberculöse Laryngitis nach Entfernung einer grossen interarytaenoidalen Geschwulstmasse.

L. stellt eine 21jährige Frau vor, die seit 8 Monaten wegen tuberculöser Laryngitis in Behandlung ist. Die geschwollenen Arytaenoidknorpel wurden mit gutem und dauerndem Erfolg curettirt und eine grosse interarytaenoidale Geschwulstmasse mit der vom Redner für diesen Zweck angegebenen Zange abgetragen. L. demonstrirt das exstirpirte Stück.

Tilley erkennt die Vorzüge dieser Zange an; die Operation mittelst derselben ist relativ leicht.

Lake: Ein Fall von membranöser Laryngitis.

Fall von combinirter tuberculöser und syphilitischer Laryngitis, bei dem eine weisse Membran an der hinteren Fläche der Epiglottis constatirt wurde; dieselbe recidivirte nach der Entfernung. Ueber das Ergebniss der bakteriologischen Untersuchung soll später berichtet werden.

William Hill: Parese des rechten Facialis und der rechten Seite des Gaumens nach Eiterung im Mittelohr.

Frau von 24 Jahren. Vor 4 Jahren wurde ein Ohrpolyp entfernt, der eine Complication chronischer rechtsseitiger Otorrhoe bildete. Seither ist die rechte Gesichtshälfte etwas nach oben gezogen. Vor 2 Jahren bemerkte die Pat., dass diese Gesichtshälfte „schwach“ wurde und sich nach links hinüberzog. Das Schlucken war etwas erschwert und gelegentlich wurden Flüssigkeiten durch die Nase regurgitirt.

Ausser der rechtsseitigen Facialisparese besteht jetzt eine ausgesprochene Asymmetrie des Velums, das links viel höher steht, rechts schlaff herabhängt. Der Gaumenreflex ist links lebhaft, rechts fehlend. H. stellt den Fall vor, um über die Gaumenlähmung die Ansicht der Versammlung zu hören. Mit der herrschenden Anschauung, dass das Velum vom Accessorius spinalis innervirt ist, lässt sich der Fall schwer vereinigen.

Dundas Grant hält die Facialisparese und die Veränderung am Gaumen für coincident; die Asymmetrie des Velums könnte durch entzündliche Vorgänge in den Gaumenbögen verursacht sein.

Hill: Stirnhöhlenentzündung.

Vorstellung eines nach Ogston-Luc mit Erfolg operirten Falles. Hervorzuheben ist:

1. der kurze Hautschnitt entlang der Augenbraue;
2. das vollkommene Resultat in kosmetischer Beziehung; die Narbe ist kaum sichtbar; die Verdrängung des Auges nach aussen, die vorher bestand, ist zurückgegangen;
3. es war kein Drain erforderlich.

Tilley erklärt auf Befragen, dass sich Krause's Instrument zur Eröffnung einer freien Passage nach unten in die Nase als sehr nützlich bewährt hat.

Creswell Baber: Oesophagustasche (?).

62jähriger Mann, der seit 8 Monaten bemerkt, dass er Theile unverdauter Nahrung vom vorhergehenden Tage regurgitirt. Das Schlucken ist nicht merkbar erschwert; nur gelegentlich muss der Pat. zweimal ansetzen, um einen Bissen herunterzubringen. Solide Nahrung macht mehr Schwierigkeiten, als flüssige. Schmerzen oder Erbrechen sind nicht vorhanden. Beim Essen und besonders beim Niederlegen wird öfters über ein beschwerliches Gefühl im Halse geklagt und dann werden Schleim- und Nahrungstheile ansgeworfen.

Die Untersuchung ergiebt Congestion des Larynx, der reichlich zähen Schleim enthält. Im linken hinteren unteren Halsdreieck wird eine etwas zweifelhafte Anschwellung constatirt, Druck auf die Claviceln erzeugt Brechreiz und Aufstossen. Bei Druck auf die linke Halsseite werden sofort Brot und Milch, die vorher geschluckt wurden, wiedergegeben. Ein starkes Bougie findet 9 Zoll hinter den Zähnen einen Widerstand; das Ende ist nicht deutlich am Halse zu fühlen. Der Patient ist nicht abgemagert.

St. Clair Thomson empfiehlt Einführung zweier metallischer Bougies, des einen in das Divertikel, des anderen in den Magen, und dann Aufnahme des Skiagramms.

Butlin fordert vor der Operation die Ausschliessung einer Strictur; auch darf nur, wenn der Allgemeinzustand ein guter ist, operirt werden.

Morley Agar: Ein ausnahmsweiser Fall von Gaumenspalte.

Die Knochenspalte sitzt an der linken Seite und das Vomer ist deformirt.

Robinson hält den Fall nicht für so ungewöhnlich.

Parker: Ulceration des weichen Gaumens.

32jähriger Mann, nicht syphilitisch. Vor 6 Monaten Ulceration im Halse, nach längerer Behandlung geheilt. Neuerdings ein Recidiv; die Uvula und der weiche Gaumen sind von oberflächlichen Geschwüren bedeckt, zwischen denen noduläre Flecken liegen.

Sitzung vom 2. December 1898.

Vorsitzender: Dr. de Havilland Hall.

Bericht der Commission zur Untersuchung zweifelhafter Geschwülste: Die von Baron in der Novembersitzung vorgelegte nasale Geschwulst enthält „eine Menge grosser polyedrischer embryonaler Zellen; sie gehört zu der Klasse von Tumoren, die in vielen Hinsichten Sarcomen gleichen, aber nur geringe und locale Malignität zeigen."

Dundas Grant: Wandkarten für eine Vorlesung über die Symptome der Nasennebenhöhleneiterungen.

Eine Modification des Lermoyez'schen Schemas.

Arthur Cheatle: Cyste entfernt aus dem Nasenrachenraum.

Die Cyste ist mit Cylinderepithel bekleidet und von einer geringen Menge adenoiden Gewebes umgeben.

Wingrave: Präparate von hypertrophischen Tonsillen.

Demonstration dicker Schnitte, die mit Collodium aufgeklebt sind; zu Lehrzwecken geeignet.

Wingrave: Schnitte von Lupus Laryngis.

In Ehrlich-Biondi's Dreifarbenmischung gefärbt, so dass das kleinzellige Gewebe, die Epithelzellen und die Bindegewebszüge differenzirt sind. Specifische Bacillen konnte W. auf diese Weise nicht nachweisen.

Wingrave: Schnitte von Larynxpapillomen und Rhinosclerom.

Demonstration der Präparate.

Lake: Ein Präparat von Pachydermia laryngis.

Das Präparat stammt von einem Patienten, der an uncomplicirter Lungentuberculose gestorben ist. An beiden Processus vocales ist Pachydermie vorhanden. Der Patient hatte „eine Mannesstimme, seit er 4 Jahre alt war." Die Phthise begann mit 34 Jahren.

Lake: Präparat eines tuberculösen Kehlkopfs von einem sechsjährigen Kind.

Subglottische Schwellung, gefolgt von destructiver Ulceration.



W. D. Severn: Bakteriològischer Befund bei dem in der Novembersitzung von Lake mitgetheilten Falle von membranöser Laryngitis (Epiglottis).

Es fanden sich:

1. Der Staphylococcus pyogenes albus.

2. Ein kleiner Diplococcus (morphologisch dem Gonococcus gleich, aber nach Gram färbbar).

3. Eine kleinzellige Hefe.

Dundas Grant: Antrumempyem geheilt durch wiederholte Irrigationen mittelst Lichtwitz' Troicart und Canüle.

Nach 11 Ausspülungen war die Flüssigkeit frei von Eiter. Der Zustand der entsprechenden Stirnhöhle war zweifelhaft. Foetider Ausfluss wurde 4 Wochen vor der ersten Irrigation bemerkt.

Dundas Grant: Chronisches Antrumempyem geheilt durch vordere Turbinotomie und Anwendung des Krause'schen Troicarts.

Reichlicher Ausfluss seit 6 Monaten. Punction nach Lichtwitz. Entfernung dreier cariöser Zähne und Alveolarpunction. 28 Irrigationen durch die Alveolaröffnung ohne Erfolg. Abtragung der vorderen Muschelhälfte und Einführung des Krause'schen Instruments. Nach 12 Irrigationen durch letzteres hörte der Ausfluss auf.

Tilley hält die Alveolarmethode mit Anwendung eines Obturators für diejenige Methode, die in allen Fällen zuerst versucht werden muss, weil sie hinsichtlich der chirurgischen Weiterbehandlung die einfachste ist.

Pegler rühmt die Vortheile, die man durch eine vordere Turbinotomie schafft. Er sah Fälle, in denen die Patienten sich selbst die Tube durch die nach Kraus'e angelegte Oeffnung einführen honnten.

Scanes Spicer hält Tilley entgegen, dass sogar der grössere Theil der Patienten ohne Schwierigkeit lernt, durch die Krause'sche Oeffnung die Tube einzuführen und erklärt die Anwendung der Alveolarmethode in Fällen von sicher erwiesenem chronischen Empyem für ungerechtfertigt. Fälle von Heilung chronischer Empyeme mittelst Ausspülung von der Alveole sind selten; besser ist es, die radicale Methode von Anfang an zu wählen.

St. Clair Thomson meint, dass man dem Patienten selbst ein gewisses Recht einräumen muss, darüber zu entscheiden, ob er sich einer grösseren Operation unterziehen will oder nicht. Nicht jeder chronisch Kranke ist ohne Weiteres als „intractabel“ anzusehen.

Tilley erwidert Spicer, dass er die radicale Methode sehr werthvoll fand, wenn Antrumpolypen den Ausfluss behindern. In den gewöhnlichen Fällen aber mit cariösen Zähnen ist ein Versuch mit Alveolarausspülungen berechtigt und angebracht. Die Spülflüssigkeit ist den besonderen Umständen des Falles anzupassen.

Grant will die Alveolarmethode durchaus nicht discreditirt wissen, muss aber doch daran festhalten, dass viele Fälle nicht eher gebessert werden,

als bis die Drainage durch die Nase eingerichtet ist. Die bucconasale Communication ist physiologisch nicht gut und gestattet die Reinfection vom Munde aus.

Cheatle: Skiagramm einer Silbercanüle im Antrum.

Abgebrochene Alveolarcanüle durch X-Strahlen im Antrum ermittelt.

Grant, Watson Williams und Hill erwähnen ähnliche Fälle von verschwundenen Antrumcanülen.

Wingrave: Ausgebreitete Ulceration der Nase.

50jähriger Mann, mit einer chronischen oberflächlichen Ulceration, die am Nasenflügel begonnen und sich über die Oberlippe und die Backen ausgebreitet hatte. Reichlicher übler Ausfluss aus der Nase und Perforation des Vomer mit excessiven Granulationen. Die Anamnese hinsichtlich Syphilis ist zweifelhaft. Specifische Behandlung ohne Erfolg; auf Tuberculin und Mallein keine Reaction. Tuberkelbacillen in den von dem Geschwürsgrund abgeschabten Massen nicht nachweisbar. Der Fall ist dem von Mac Bride 1896 vorgestellten nicht unähnlich.

Spencer vermuthet Malignität (Ulcus rodens eingerechnet).

Logan Turner theilt mit, dass Mac Bride's Fall jeder Therapie widerstand und letal endigte. Die Ulceration war aber viel tiefer, als in W.'s heutigem Fall, den er für Lupus anspricht.

Bowlby ist geneigt, Ulcus rodens zu diagnosticiren.

Tilley: Syringomyelie mit Lähmung der rechten Hälfte des Gaumens und Rachens und des rechten Stimmbandes.

Risien Russell hat den Allgemeinbefund des Nervensystems bei der Pat., einem 15jähr. Mädchen, erhoben. In der Familienanamnese finden sich Epilepsie und Geisteskrankheit. Vor 5 Jahren bemerkte die Pat. zuerst eine Schwäche der Hand; etwas früher war Heiserkeit eingetreten. Vor 2 Monaten verbrannte sich Pat. an der Hand, ohne die Hitze oder Schmerz zu fühlen.

Gegenwärtig besteht lateraler und rotatorischer Nystagmus; complete Lähmung der rechten Seite des Velum, des Pharynx und des Kehlkopfs. Links sind die Bewegungen normal. Hals- und Schultermuskeln sind intact. Schwäche und Atrophie der Extensoren (weniger der Flexoren) der Vorderarme. Die Hände beiderseits in Klauenstellung, die kleinen Handmuskeln erheblich atrophirt. Ausgesprochene laterale Curvatur der Wirbelsäule, nach rechts convex. Untere Extremitäten normal. Die tactile Sensibilität überall erhalten. Analgesie nicht ausgesprochen. Vollständige Unempfindlichkeit gegen thermale Reize an beiden Armen, an der hinteren Seite des Halses und am Rücken. Kniephänomene gesteigert; kein Fussclonus. An der Haut einige frische trophische Störungen.

Spencer hält die Störungen im bulbären Pharynx- und Larynxcentrum ohne Afficirung der Halsmuskeln für bemerkenswerth.

Hall hat in seinen Fällen von Syringomyelie niemals laryngeale Lähmung gefunden.

Bowlby: Hyperostose des Kiefers und anderer Knochen Nasenstenose erzeugend.

43jährige Frau mit Kopfschmerz, hauptsächlich in der Stirngegend, und Nasenverstopfung seit 18 Monaten. Linksseitiger Exophthalmus. Die linke Fossa temporalis zeigt eine knöcherne Geschwulst, die sich in Exostosen des linken Backen- und Oberkieferknochens fortsetzt. Der linke Supraorbitalrand ist verdickt. Die Nasenfortsätze beider Oberkiefer sind hyperplastisch. Am Boden beider Nasenseiten fühlt man eine knöcherne Excrescenz von Mandelgrösse, mit glatter Schleimhaut überkleidet. Die Nasenmuscheln sind augenscheinlich vergrössert; die andern Gesichtsknochen und der Unterkiefer normal. Puls 130. Kein Tremor; gelegentlich Palpitation. Die Schilddrüse scheint normal. Syphilis nicht sicher nachweisbar, aber „schlechte Gesundheit“ seit der Verheirathung, Verlust von 5 unter 6 Kindern und früher einmal ein „Ausschlag im Gesicht“.

Spencer empfiehlt einen Versuch mit Schilddrüsenbehandlung.

Willcocks: Linksseitige Stimmbandschwäche.

Der linke Aryknorpel ist in seiner Bewegung stark beschränkt. Keine Zeichen von intrathoracaler Erkrankung nachweisbar. Die Anamnese macht das Bestehen secundärer Syphilis vor 6 Jahren wahrscheinlich.

Lack hält den Fall eher für eine Parese, als für mechanische Fixation der linken Seite.

Waggett: Varicöser Nävus des hinteren Gaumenbogens.

Junger Mann, bei dem ein Netz varicöser Venen die Schleimhaut des linken hinteren Schlundbogens vorwölbt; das nävusartige Gebilde erstreckt sich nach vorn bis auf die Tonsille. Schmerz und Schluckbeschwerden bestehen, seit die Aufmerksamkeit des Pat. auf die Affection gelenkt ist; die letztere aber besteht wohl schon viel länger, wahrscheinlich seit der Geburt. Den Klagen des Pat. braucht keine Bedeutung zugeschrieben zu werden; sie dürfen vielmehr als nervöse angesehen werden.

Hector Mackenzie: Functionelle Heiserkeit bei einer 37jähr. Frau.

Die Frau ist stark tuberculös belastet und wurde selbst als Phthisica ins Hospital geschickt. Indessen waren keine Symptome von organischer Erkrankung bei ihr zu finden. Die Heiserkeit, die seit vielen Monaten bestand, war durch die mangelhafte Annäherung der Stimmbänder erklärt; die Aryknorpel und die Taschenbänder kamen bei der Phonation zusammen. Unter Anwendung des faradischen Stroms besserte sich die Stimme vorübergehend.

St. Clair Thomson hält die Affection auch für eine functionelle und empfiehlt Uebungstherapie zur Beseitigung der Taschenbandsprache.

Grant fand in derartigen Fällen Uebungen mit inspiratorischer Phonation nützlich.



de Santi: Papillom der Tonsille.

Demonstration des Präparates; das Papillom sass auf der hypertrophischen linken Tonsille.

Bond: Maligne Erkrankung der Nase bei einem alten Manne.

Es wurde radical in der Nase und zweimal an vergrösserten Drüsen operirt. Eine dritte Drüsenexstirpation wurde vor 6 Monaten gemacht. Jetzt scheint der Pat. frei von maligner Erkrankung zu sein. Als interessant ist hervorzuheben: 1. die linke Gaumenseite und das linke Stimmband sind paretisch geworden, 2. der Rest des linken Sternocleidomastoideus und des Trapezius ist atrophirt, 3. der Allgemeinzustand ist gut, nachdem der Pat. 6 Jahre lang an zweifelloser maligner Krankheit gelitten hat.

Die Kehlkopfparese ist möglicherweise einer Beschädigung des Vagus bei der letzten Operation zuzuschreiben.

Bond: Recidivirendes Kehlkopfpapillom bei einem 18jährigen Mädchen.

B. sah die Pat. zum ersten Male vor 8 Jahren. Damals waren beide Stimmbänder mit Papillomen bedeckt; die meisten sassen an der oberen Fläche, einige unter der Glottis. Die Tumoren waren wahrscheinlich schon viele Jahre vorhanden. Das damals 10jährige Kind, das als geistig zurückgeblieben angesehen wurde, litt an starker Dyspnoe. In den letzten 8 Jahren wurden alle paar Monate Tumoren mittelst der Zange entfernt. Vor 4 Monaten fand die letzte Operation statt; seither sind die Stimmbänder klar geblieben und die Stimme ist ziemlich gut. Von Interesse ist 1. die lange Dauer der Geschwülste, 2. die allmähliche Abnahme ihrer Tendenz zum Recidiviren, 3. die angebliche Blödheit des Kindes infolge der Larynxpapillome, ein bisher in der Laryngologie nicht erwähntes Vorkommniss.

Auf Anfrage des Vorsitzenden erwähnt Bond, dass er Applicationen von Eisenchlorid (0,42 : 30) versucht hat.

Grant empfiehlt für solche Fälle eine Lösung von 5proc. Salicylsäure in absolutem Alkohol.

Ernest Waggett.

III. Briefkasten.

71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in München.

17.—23. September 1899.

28. Abtheilung: Nasen-, Mund- und Kehlkopfkrankheiten.

Einführender: Professor Dr. Philipp Schech.
Schriftführer: Privatdocent Dr. Hans Neumayer.
Assistent Friedrich Schäfer.

Angemeldete Vorträge:

1. L. Bayer (Brüssel): Fall von Trachealstenose infolge einer Neubildung syphilitischen Ursprungs und über Fremdkörper (Kupfermünze) im Oesophagus mit Radiographie.
2. Herm. Gutzmann (Berlin): Ueber den angeborenen Gaumendefect.
3. Jurasz (Heidelberg): Thema vorbehalten.
4. Onodi (Budapest): Ueber Chorea laryngis.
5. Schech (München): Ueber maligne Rachengeschwülste.
6. Max Scheier (Berlin): Ueber die Section des Nasenrachenraumes.
7. Ernst Winkler (Bremen): Welche nasalen Erkrankungen indiciren die Anwendung der Galvanokaustik?

Bemerkungen. Zu Vortrag 4 ist die Abtheilung 24 und 25 (Neurol. und Psychiatrie, Kinderheilkunde), zu Vortrag 6 die Abtheilung 27 (Ohrenheilkunde), zu Vortrag 7 die Abtheilungen 26 und 27 (Augenheilkunde und Ohrenheilkunde) eingeladen.

XIII. Internationaler Medicinischer Congress.

Paris, 2.—9. August 1900.

Section E. Laryngo-Rhinologie.

Bureau:

Präsident: Dr. Gouguenheim.
Secretär: Dr. Lermoyez (20bis rue la Boëtie, Paris).
Mitglieder: Drs. Cartaz, Chatellier, Garel (Lyon), Luc, A. Martin, Moura-Bourouillon, Moure (Bordeaux), Poyet, Ruault.

Allgemeine Discussionen und Einführende:

1. Pathogenese und Behandlung der eiternden Ethmoiditis. Bosworth (New York) und Hajek (Wien).

2. Die spasmodischen Rhinitiden und ihre Folgezustände. Jacobson (St. Petersburg) und Masini (Genua).
3. Die Anosmie und ihre Behandlung. Onodi (Budapest) und P. Heymann (Berlin).
4. Indicationen, Technik und Ergebnisse der Thyreotomie. Sir Felix Semon (London), Schmiegelow (Kopenhagen), Goris (Brüssel).
5. Sängerknötchen. H. Krause (Berlin), Capart (Brüssel)), O. Chiari (Wien).
6. Diagnose des Kehlkopfkrebses. B. Fränkel (Berlin) und M. Schmidt (Frankfurt).

Zur Frage der Vereinigung der laryngologischen und otologischen Sectionen bei den internationalen medicinischen Congressen.

Der Generalsecretair des VI. internationalen otologischen Congresses, der soeben in London abgehalten worden ist, theilt uns mit, dass der Congress in seiner Sitzung vom 11. August mit grosser Stimmenmehrheit folgende Resolution angenommen hat:

> „Dass die Mitglieder des VI. internationalen otologischen Congresses der Ansicht sind, dass bei allen allgemeinen medicinischen Congressen die Otologie und Laryngologie in Gestalt voller und separater Sectionen vertreten sein sollten."

Physiopathologie des N. olfactorius.

Prof. V. Grazzi (Florenz, 8 Borgo dei Greci), der mit einem Referat über die Physiopathologie des Riechnerven beschäftigt ist, bittet die Autoren, die einschlägige Arbeiten veröffentlicht haben, um Zusendung ihrer Publicationen resp. bibliographischer Hinweise.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, October. 1899. No. 10.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **Clarence C. Rice. Die Wichtigkeit der frühen Untersuchung und Behandlung catarrhalischer Mundathmung in öffentlichen Schulen. (The importance of early examination and treatment of catarrhal mouth-breathing in the public schools.)** *N. Y. Med. News. 4. Februar 1899. N. Y. Med. Record. 4. Februar 1899.*

Verf. empfiehlt, dass die Schulinspectoren, die jetzt schon auf die Zeichen infectiöser Erkrankungen zu achten haben, auch instruirt werden, auf „Mundathmer" zu fahnden.

LEFFERTS.

2) **J. J. Bowen. Mundathmung. (Mouth breathing.)** *Brooklyn Med. Journal. Januar 1899.*

Besprechung der verschiedenen Ursachen der Mundathmung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

3) **H. Leslie Burrell. Mundathmung und ihre üblen Folgen. (Mouth breathing and its evil effects.)** *Creighton Medical Bulletin. März 1899.*

Zusammenstellung der anerkannten Thatsachen betreffend die Function der Nase und die Folgen ihrer Behinderung.

EMIL MAYER.

4) **James M. Crawford. Mundathmung. (Mouth breathing.)** *Journal Americ. Medic. Assoc. 27. Mai 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

5) **Redact. Notiz. Die Infectiosität der Erkältungen. (The infectiousness of colds.)** *N. Y. Med. News. 13. Mai 1899.*

Die Thatsache ist ebenso lehrreich, wie interessant, dass in manchen der kältesten Theile der Erde Erkältungen unbekannt sind. Nansen und seine Leute,





die sich doch in einer Weise exponirten, wie sie grösser kaum zu denken ist, litten niemals an Erkältung; kaum hatten sie aber an die heimische Küste von Norwegen den Fuss gesetzt, so waren sie alle durchgehends erkältet. Die Theorie, dass die Erkältung infectiös sei, ist nach allem nicht von der Hand zu weisen.

LEFFERTS.

6) **William H. Murray. Ueber die rasche Heilung einer Erkältung. (How quickly to cure a cold in the head.)** *Vermont Med. Monthly. April 1899.*

M. gebrauchte eine Salbe — in welcher Menge, sagt er nicht — die sterilisirtes Petroleum, Sublimat, Eucalyptusöl, Formalin und Acid. benzoic. boratum enthalten soll.

EMIL MAYER.

7) **W. H. Park. Influenzabacillus. (Influenza Bacillus.)** *N. Y. Med. Record. 25. Februar 1899.*

P. beschreibt seine bakteriologischen Untersuchungen an Influenzafällen. Er bestätigt die Angaben Pfeiffer's. Zur Cultur des Influenzabacillus ist es nöthig, den Nährboden mit Blut oder Hämoglobin vorher zu bestreichen.

LEFFERTS.

8) **William H. Smith. Der Influenzabacillus und die Pneumonie. (The influenza bacillus and pneumonia.)** *Journal of the Boston Society of Med. Sciences. Mai 1899.*

Der Influenzabacillus ist für sich im Stande, Pneumonie zu erzeugen; indess wirken häufig der Pneumococcus und der Influenzabacillus zusammen. Der Typus der daraus resultirenden Pneumonie ist der bronchopneumonische oder lobuläre.

EMIL MAYER.

9) **Geo. B. H. Swayze. Leuchtgas-Grippe. (Fuel gas grippe.)** *Med. Bulletin. Februar 1899.*

Die Grippe ist die älteste und gewöhnlichste Form der Leuchtgasvergiftung, die beim Menschen vorkommt.

EMIL MAYER.

10) **S. G. Stewart. Influenza. (Influenza.)** *Medical Monograph. März 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

11) **Redact. Notiz. Laryngo-bronchiale Reizung bei Influenza. (Laryngo-bronchial irritation of influenza.)** *Western Medical Review. 15. Mai 1899.*

Codein. sulfur. 0,24
Ammon. chlorat. 6,75
Syr. prun. virg. 15,0
Spir. juniper. compos. q. s. 30,0.
M. D. S. 2—3 stündl. 1 Theelöffel voll.

EMIL MAYER.

12) **J. R. Schoonmaker. Influenza. (Influenza.)** *Pennsylvania Med. Journal. April 1899.*

Eine Zusammenstellung des über die Influenza Bekannten.

EMIL MAYER.



13) **Martin Raget. Intermittirende Dickdarmentzündung bei Influenza. (Intermittent entero-colitis in influenza.)** *N. Y. Med. Record. 25. Februar 1899.*

R. spricht von einer abdominellen Form der Influenza. Die Patienten klagen über leichtes Fieber und Uebelkeit. Plötzlich traten schwere Colikschmerzen auf und die Temperatur steigt bis 40°. Nach 24 Stunden ist alles vorüber; kein Fieber, keine Leibschmerzen mehr. Nach 16—24 Stunden aber ein zweiter ganz gleicher Anfall, dem wieder eine fieberfreie Periode folgt. Gelegentlich gehen diese Anfälle 50 Tage lang fort. Das Abdomen ist stark gespannt und hervorragend schmerzhaft. Dabei besteht Constipation, der spärliche Stuhl ist sehr fötide; die wenigen Scybala schwimmen in einer grünlichen Flüssigkeit. Die Therapie besteht in Calomel, Enteroklysmen. warmen Bädern. LEFFERTS.

14) **M. Faisans. Influenza und Erkrankung des Wurmfortsatzes. (Influenza and disease of the vermiform appendix.)** *N. Y. Med. Journal. 15. April 1899.*

Dass ein Influenzaanfall bisweilen in der Aetiologie einer Perityphlitis eine Rolle spielt, ist von manchen Beobachtern angegeben worden; Faisans geht weiter und behauptet, dass die Influenza die eigentliche Ursache von Appendixerkrankung ist. Er gründet diese Behauptung hauptsächlich auf die vermeintliche gesteigerte Häufigkeit der Appendicitis in den letzten 12 Jahren, während deren die Influenzaepidemien sich so gehäuft haben. Bei jedem Ausbruch von Influenza, sagt F., zeigt sich gleich oder in der Folge eine Zunahme der Fälle von Appendixerkrankung. LEFFERTS.

15) **S. P. Plummer. Die Nachwirkungen der Grippe. (The after effects of La Grippe.)** *Medical Monograph. März 1899.*

Wahrscheinlich die grösste Gefahr, die vorher gesunden Personen von der „Lagrippe“ (sic. Ref.) droht, liegt im Colon oder Coecum, in der Tuba Fallopiae oder in der Eustachi'schen Röhre oder in der Tubulis der Niere etc.

EMIL MAYER.

16) **J. A. Hofheimer. Die Behandlung der Grippe oder epidemischen Influenza. (The treatment of la Grippe or epidemic influenza.)** *Gaillards Med. Journal. 1899.*

Verf. erzielte mit Phenalgin gute Resultate. EMIL MAYER.

17) **Fordyce H. Benedict. Beobachtungen über Grippe. (Observations on la Grippe.)** *Wisconsin Med. Recorder. Februar 1899.*

Verf. giebt kein Chinin, sondern ein Kohlentheerderivat mit Coffein und Monobromcampher. EMIL MAYER.

18) **John Ashburton Cutter. Die Grippe; ihre Ursache und Behandlung. (Grip. Cause and treatment.)** *Dietetic and Hygienic Gazette. Januar 1899.*

Verf. verwendet Schwefeldämpfe zur Behandlung der Grippe, ferner Ammoniumchlorid in Statu nascenti. EMIL MAYER.

19) **Roberts Bartholow. Die Behandlung der Influenza. (Concerning the treatment of influenza.)** *Philad. Med. Journal. 11. Februar 1899.*

Eine ausreichende Dosis von Pilocarpin (0,05) vermag oft den akuten Catarrh abortiv zu beendigen; am nächsten Tage wird 1 oder 2 mal 0,001 Duboisin gegeben. So wird gewöhnlich das Leiden prompt geheilt. EMIL MAYER.

20) **Redat. Notiz. Zimmt bei Influenza. (Cinnamon in influenza.)** *N. Y. Med. News. 15. April 1899.*

Cinnamon ist wie andere aromatische Stofle ein gutes germicides Mittel und ist schon wiederholt als Ersatz von Carbol, Jodoform u. A. empfohlen worden. Vielleicht schädigt es auch den Pfeiffer'schen Bacillus. Wenn aber bei Influenza damit angeblich Erfolge erzielt wurden, so sind dieselben bei dieser Krankheit, die in uncomplicirten Fällen an sich nur 3—5 Tage im Durchschnitt dauert, doch stets zweifelhafte. Wenn man die Patienten blos im Bett hält und ihnen irgend ein anderes unschädliches warmes Getränk verordnet, ist der Effect schliesslich derselbe. LEFFERTS.

21) **Redact. Notiz. Die Behandlung der Influenza. (The treatment of influenza.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 29. April 1899.*

Wenn rheumatoide Symptome bestehen, soll Natrium benzoicum 0,6—1,2 zwei- und dreistündlich gegeben werden. Strychnin. arsenicosum oder sulfuricum 0,0005 ein- bis zweistündlich dient als Herzstimulans. EMIL MAYER.

22) **M. J. Bernard. Ein Syrup für den keuchhustenartigen Husten bei Influenza. (A syrup for the pertussislike cough of influenza.)** *N. Y. Medical Journal. 13. Mai 1899.*

Bromoform
Tct. aconit ana 1 Theil
Alkohol 20 Theile
Syrup. codein. 100 „
Syr. Toli 150 „
M. D. S. 3 mal tägl. 1 Theelöffel voll. LEFFERTS.

23) **Baccelli. Influenza-Pulver. (Powders for influenza.)** *N. Y. Med. Journal. 27. Mai 1899.*

Bei hohem Fieber und schweren nervösen Symptomen empfiehlt B.
Chinin. salicyl. 0,18
Phenacetin 0,133
Camphor. 0,018.
M. D. S. 6mal in 24 Stunden 1 Pulver z. n. LEFFERTS.

24) **Redact. Notiz. Behandlung der Influenza bei Kindern. (Treatment of influenza in children.)** *N. Y. Med. News. 27. Mai 1899.*

Sehr wichtig ist Bettruhe bis in die Reconvalescenz hinein. Der Verlauf der primären Infection kann durch Medicamente nicht abgekürzt werden. Nach

symptomatischer Indication sind Calomel, Pulv. Doweri, Phenacetin, Chinin, Codein etc. zu verwerthen. Die Localbehandlung der Nase ist wesentlich.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

25) **Geo L. Richards. Die Toilette der Nase. (The toilet of the nose.)** *Med. Progress. Februar 1899.*

Die Kinder schon sollten lernen, mittelst einer Nasendouche, des Nasenbades oder des Zerstäubers ihre Nase mit einer warmen alkalischen Salzlösung auszuspülen.

EMIL MAYER.

26) **Depierris** (Cauterets). **Das Nasenbad. (Le bain nasal.)** *Soc. Medico-chirurgicale. 14. November 1898.*

D.'s pipettenartiges Instrument, mit dem man die Flüssigkeit ohne Druck in die Nase einlaufen lässt, gleicht in jeder Beziehung den seit langem von Jelenffy, Fränkel, Urbantschitsch u. v. a. empfohlenen Nasenbädern.

PAUL RAUGÉ.

27) **G. Sterling Ryerson. Eine Lösung zur Reinigung der Nasenwege. (Cleansing solution for the nasal passages.)** *Canad. Practit. and Review. Februar 1899. N. Y. Med. Journal. 25. März 1899.*

Natrii bicarbon.
Natrii biborac.
Natrii chlorati ana 1,8
Natrii salicyl. 2,4
Ol. Bergamott 0,18
Listerin 7,5
Glycerin 15,5
Aqu. destillatae ad 240,0.

M. f. solutio. S. Zur Nasenspülung.

LEFFERTS.

28) **H. Edwin Lewis. Reinlichkeit bei Hals- und Nasenkrankheiten. (Cleanliness in disease of the nose and throat.)** *Vermont Medical Monthly. Mai 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

29) **R. Fullerton. Displacirte linke mittlere Muschel, die Nasenpassage 10 Jahre lang verstopfend. (Displaced left middle turbinate which obstructed the nasal passage for 10 years.)** *Brit. Med. Journ. 18. März 1899.*

25jähriger Mann, seit seinem 14. Jahre an Nasenverstopfung leidend. 1888 wurden ihm mehrere Nasenpolypen mit der Zange und Schlinge entfernt. Bei der Untersuchung 1898 fand sich die mittlere Muschel verlagert und locker; sie wurde mit der Schlinge abgetragen.

ADOLPH BRONNER.



30) **Lewis S. Somers. Der Einfluss der Muschelhypertrophie auf den Pharynx. (The influence of turbinal hypertrophy upon the pharynx.)** *University Med. Magazine. Mai 1899.*

Verf. studirte bei 250 Fällen von Muschelhypertrophie die pharyngealen Veränderungen. Bei 132 war der Rachen sklerotisch; bei 72 war Atrophie der hervorstechende Zug; 22 zeigten einen geringen Grad von Entzündung; die lymphoiden Elemente waren hypertrophisch bei 19. Bei 5 schliesslich war nichts Abnormes im Rachen zu constatiren. Die Hauptursache der Veränderungen im Pharynx ist natürlich die Mundathmung; die engen Beziehungen gewisser Theile des Athemtractus zu einander bedürfen aber doch noch weiterer Aufklärung.

EMIL MAYER.

31) **Hiram L. Leffingwell. Pathologie und Behandlung der Geschwüre am Nasenseptum und Nasenboden. (Pathology and treatment of nasal ulcer upon septum nasi and floor of nasal passage.)** *Philad. Med. Journal. Mai 1899. Medical Review. 24. Juni 1899.*

Verf. führt die Geschwüre auf einen varicösen Zustand im Nasenrachen zurück und behandelt sie mittelst Application von Wasserstoffsuperoxydlösung.

EMIL MAYER.

32) **William Lincoln Ballenger. Abscess der Nasenscheidewand. (Abscess of the nasal septum.)** *Memphis Lancet. März 1899.*

4 Tage nach einer Operation mit der Säge hatte der Verf. einen typischen Abscess am Septum.

EMIL MAYER.

33) **C. C. Hubbard. Perforationen im Nasenseptum als Folge von Typhus. (Openings in the nasal septum as a result of typhoid fever.)** *N. Y. Medical News. 3. Juni 1899.*

Zwei Schwestern von 21 und 16 Jahren hatten gleichzeitig Typhus; sie lagen in verschiedenen Zimmern. Bei beiden war der Verlauf ein sehr langsamer. Während der Reconvalescenz bemerkte H. im Septum nasi bei der jüngeren Schwester eine Oeffnung von etwa 2 Linien im Durchmesser. Die Ränder derselben hatten einen weissgrauen Belag, der sich mit Watte nicht abreiben liess. Das Loch vergrösserte sich langsam, bis es nahezu $1/_2$ Zoll im Durchmesser hatte; jetzt nach 8 Monaten ist es etwa $1/_4$ Zoll gross. Der Fall der älteren Schwester verlief ganz ähnlich.

LEFFERTS.

34) **Lewis S. Somers. Chronische Perichondritis der Nasenscheidewand. (Chronic perichondritis of the nasal septum.)** *N. Y. Med. Record. 14. Januar 1899.*

Die localisirte chronische Perichondritis des Septums ist ein häufiges Leiden, das sich gewöhnlich in der Nähe der Nahtlinien entwickelt. Bevorzugter Sitz derselben ist die Cartilago quadrangularis, deren Ernährung infolge der spärlichen Capillaren eine mangelhafte ist. Ursache der chronischen Chondritis ist meistens ein directes oder indirectes Trauma; das erstere gewöhnlich in Form eines Schlags auf die Nase, das letztere eine Wirkung des abgelenkten Luftstroms. Entzündungsvorgänge, erzeugt durch den abgelenkten Luftstrom, sind in

mindestens 20 pCt. der Fälle verantwortlich. Die Inspirationsluft wird von der hypertrophischen Muschel abgelenkt und trifft auf das Septum, anstatt nach hinten in den Nasopharynx sich zu richten. In fast allen Fällen übrigens und besonders bei Kindern spielt ausser diesen mechanischen Verhältnissen noch die sogen. skrophulöse Diathese eine wichtige ätiologische Rolle. EMIL MAYER.

35) **Beaman Douglas. Papillom der Nasenscheidewand. (Papilloma of nasal septum.)** *N. Y. Med. Journal. 9. Januar 1899.*

Krankengeschichte eines Falles von Septumpapillom. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Tumors zeigt, dass es sich um ein wahres papilläres Fibrom handelt, das in seiner Structur vollständig den Stimmbandpapillomen gleicht. LEFFERTS

36) **W. E. Casselberry. Deformitäten der Nasenscheidewand. (Deformities of the nasal septum.)** *Journal Am. Med. Assoc. 4. März 1899.*

C. classificirt im Hinblick auf die Therapie:

1. die Excrescenzen oder Spinen;
2. die Deviationen des Septums;
3. die Combinationen beider.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

37) **P. S. Donnelan. Die Correction von Deformitäten der knorpligen Nasenscheidewand; ein Bericht über 6 nach der Asch'schen Methode erfolgreich behandelte Fälle. (The correction of deflections of the nasal cartilaginous septum with a report of six cases successfully treated by the Asch operation.)** *Therapeutic Gazette. 15. März 1899.*

Verf. berichtet übar seine 6 operirten Patienten, von denen der älteste 62, der jüngste 6 Jahre alt war. EMIL MAYER.

38) **D. Braden Kyle. Die geeignete Behandlung gewisser Formen nasaler Verbiegungen und Hypertrophien. (Appropriate treatment of certain varities of nasal deflection and redundancy.)** *Journal Americ. Medical Ass. 24. Juni 1899.*

Der Verf. legt dar, dass jede Deflection eine Modification der gewählten Behandlungsmethode verlangt. Keine Operation ist für alle Fälle passend, was schon die Masse der vorgeschlagenen Methoden beweist. EMIL MAYER.

39) **E. B. Gleason, Beaman Douglas, J. O. Roe, Arthur W. Watson, F. H. Bosworth** und **Morris J. Asch. Die Behandlung der Nasenstenose durch Septumverbiegung mit oder ohne Verdickung der convexen Seite. (Treatment of nasal stenosis due to deflective septa with or without thickening of convex side.)** *The Laryngoscope. Juni 1899.*

Gleason macht mit einer dünnen Säge unter der Deviation erst einen horizontalen Einschnitt, setzt daran einen zweiten nahezu verticalen Schnitt, so dass eine V-förmige Incision herauskommt. Er drängt dann das Septum gerade und legt ein Rohr in die vorher verengte Seite.

Douglas führt unter Aethernarkose den wohleingeölten Finger in die Nase

ein. Mit besonders gekrümmtem Messer perforirt er das Septum an der Stelle der stärksten Convexität und schneidet der Richtung der Vorbiegung entlang. Er bricht dann das Septum mit der Zange am Nasenboden los, schneidet die überhängenden Wundränder ab und führt Schienen ein.

Roe incidirt an der am stärksten gekrümmten Partie das Septum mit dem Messer in Form eines griechischen Kreuzes. Ein zweiter Schnitt ist gewöhnlich nöthig an der convexen Seite entlang dem unteren Rande der Vorbiegung unter der Schleimhaut. Nachdem mittelst der Zange das Septum dann gebrochen ist, lässt es sich leicht in jede gewünschte Stellung bringen. Roe tamponirt die Nase mit Gaze.

Watson schneidet mit einem scharf gespitzten Tenotom von unten nach oben und der entgegengesetzten Seite. Die obere Partie des Septums wird herübergedrängt, während der Finger in der anderen weiteren Nasenseite liegt.

Bosworth entfernt den vorspringenden Theil des verbogenen Septums mit einer kleinen Säge. Er hat diese Therapie seit 12 Jahren geübt und führt sie stets in seiner Sprechstunde aus, ohne dass die Patienten ihre gewohnte Beschäftigung zu unterbrechen brauchen.

Asch beschreibt seine bekannte Methode und die dabei nöthigen Instrumente. Die Tuben hat er eingeführt, weil die ursprüngliche Tamponade der Nase sehr viele Unannehmlichkeiten mit sich führt. Er wendet jetzt besonders die von E. Mayer angegebenen Tuben an. Seine Methode ist einfach, leicht und schnell ausführbar und giebt sichere und gleichmässig gute Resultate. Bei über 350 Operationen hat er niemals eine grössere Störung erlebt. Jedes forcirte Brechen der knöchernen Deviation, sei es des Vomer oder des Siebbeins ist zu verwerfen.

EMIL MAYER.

40) **Jas. E. Newcomb. Nasale Verstopfung bei übertriebenem Hervorragen des vorderen Bogens der Halswirbel. (Nasal insufficiency due to exaggerated prominence of the anterior arch of the cervical vertebrae.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Februar 1899.*

Verf. traf in zwei Fällen diese Abnormität zugleich mit Adenoiden. Zur Abtragung der Wucherungen im Nasenraum müssen in solchen Fällen die gewöhnlichen Instrumente etwas modificirt werden.

EMIL MAYER.

41) **G. J. Swail. Nasenverstopfung und ihre Folgen. (Nasal obstruction and its results.)** *Southwestern Medical Record. April 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

42) **Robert C. Myles. Zwei Fälle von adhäsiver Nasenstenose, der eine congenitalen Ursprungs, der andere infolge von Scharlach. (Report of two cases of nasal adhesive tissue stenosis, congenital and scarlatinal.)** *Journal Eye, Ear and Throat Diseases. April 1899.*

M. giebt die Krankengeschichte der beiden Fälle und bespricht ihre Pathogenese und Behandlung.

EMIL MAYER.

43) **Joél** (Gotha). **Zur Lehre von dem angeborenen Choanalverschluss.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXXIV. Bd. 1. Heft. 1899.*

In dem von Joél beobachteten Falle (22jähriger Mann) handelte es sich um einen linksseitigen vollständigen gemischten Verschluss der Choane, also überwiegend häutiger Natur nur ganz im untersten Theile, etwa 0,8 mm hoch vom Boden an gerechnet, knöchern. Der membranöse Theil des Verschlusses wurde mit dem Galvanokauter ausgiebig zerstört und die Oeffnung durch Tamponade frei erhalten. Der Erfolg war ein zufriedenstellender, die Athmung wurde frei und das Geruchsvermögen stellte sich allmälig ein. SEIFERT.

44) **Kayser** (Breslau). **Ueber angeborenen Verschluss der hinteren Nasenöffnung (Choanalatresie).** *Wiener klin. Rundschau. No. 11. 1899.*

Beschreibung eines Falles von einseitiger vollkommener, membranöser Atresie bei einem 24jährigen Manne mit verhältnissmässig geringen subjectiven Beschwerden. Operation wurde abgelehnt. Im Allgemeinen nichts Neues.

CHIARI.

45) **Lermoyez. Hysterische Insufficienz der Nase. (Insuffisance nasale hystérique.)** *Presse méd. 25. Januar 1899.*

Junges Mädchen, das angiebt, es habe seit seiner Kindheit nicht durch die Nase athmen können. Es besteht thatsächlich eine nasale Verstopfung in Folge der besonderen Gestaltung der unteren Muscheln. Diese werden entfernt, worauf schnelle Heilung eintritt. Trotzdem aber die Passage jetzt frei ist, vermag die Patientin nicht durch die Nase zu athmen. Sobald man ihr den Mund schliesst oder auch nur Anstalten dazu trifft, wird die Patientin cyanotisch und bald geradezu asphyktisch. Da die Patientin sonstige hysterische Zeichen darbietet (Hautanästhesien, Gesichtsfeldeinengung, Geschmacks- und Geruchsstörungen etc.) deutet L. diesen Zustand als eine rein hysterische Insufficienz der Nasenathmung. Die Kranke, die den Tag über den Mund offen hat, schläft übrigens in der Nacht ohne Unruhe mit geschlossenem Mund. A. CARTAZ.

46) **Lermoyez** und **Boulay. Nasale Insufficienz und Verstopfung. (Nasal insufficiency and obstruction.)** *The Medical Age. 10. Juni 1899.*

Vergl. Centralbl. XIV. Heft 10. EMIL MAYER.

47) **A. C. Bardes. Amadou als Tampon nach Nasenoperationen. (Amadou as a tampon after nasal operations.)** *New York Eye and Ear Infirmary Reports. 1899.*

B. empfiehlt Amadou (Fungus igniarius praeparatus. Ref.) zur Blutstillung in der Nase. Es ist leicht zu sterilisiren, adhärirt der Wundfläche und lässt sich durch Irrigation mit warmem Wasser oder Borsäurelösung leicht wieder entfernen.

EMIL MAYER.

48) **J. Price Brown. Die Anwendung von Gummiröhren nach intranasalen Operationen. (The use of rubber splints following intra-nasal operations.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

Zur Intubation der Nase nach intranasaler Operation zieht Verf. die glatten,

zusammendrückbaren und elastischen Röhren, die sich leicht in die nöthige Form zerschneiden lassen und in jeder gewünschten Dicke zu haben sind, allen Hartgummi- oder Silbertuben vor.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

49) **Dworetzky** (Lemehnen). **Zwei Fälle von angeborener gespaltener Uvula.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 8. 1899.*

Die Ueberschrift besagt Alles.

SEIFERT.

50) **E. Harrison Griffin. Polyp der Uvula. (Polypus of the uvula.)** *N. Y. Medical Journal. 28. Januar 1899.*

Der Polyp war 1 Zoll lang und etwa $^1/_2$ Zoll breit. Papillome der Uvula kommen häufig vor und eine alltägliche Erscheinung ist die Uvula bifida. Einen Polypen dieser Art aber sah Verf. nie vorher.

„Die theilweise oder totale Exstirpation der Uvula", sagt G., „ist wohl die gewöhnlichste Halsoperation, die es giebt, für einen allgemeinen Praktiker; für den Hals- und Nasenspecialisten aber ist sie jetzt thatsächlich die ungewöhnlichste Operation".

LEFFERTS.

51) **Walker Downie** (Glasgow). **Ein Fall von primärem Epitheliom des Zäpfchens. (A case of primary epithelioma of the uvula.)** *Scottish Medical and Surgical Journal. Januar 1899. N. Y. Med. Journal. Januar 1899.*

D. giebt die Krankengeschichte eines Falles von diesem ziemlich seltenen Leiden. 56 jähriger Mann klagt seit 2 Monaten über Halsschmerzen, die beim Schlucken zunehmen, so dass die Nahrungsaufnahme seit kurzem ernstlich gestört ist. Die Untersuchung ergiebt eine starke Schwellung der Uvula, die zu ihrem grösseren Theil an der vorderen Fäche und seitlich ulcerirt ist; die Ränder der Ulceration sind erhaben und unregelmässig. Die ganze Masse des Zäpfchens fasst sich hart und fest an und blutet leicht bei Berührung. Eine Lymphdrüsenschwellung ist nicht fühlbar. Die Uvula wird abgetragen, wobei darauf acht gegeben wird, dass hoch oben im Gesunden der Schnitt geführt wird. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt die Diagnose auf Epitheliom. Bisher — nach 17 Monaten — kein Recidiv.

Verf. weist auf die Seltenheit des primären Epithelioms der Uvula hin, das mit der Häufigkeit [? F. S.] ihrer secundären Erkrankung bei Schlund-, Gaumen- oder Zungenkrebs in Contrast steht.

A. LOGAN TURNER.

52) **Lennox Browne** (London). **Primäres Epitheliom des Zäpfchens und weichen Gaumens. (Primary epithelioma of the uvula and soft palate.)** *Scottish Med. and Surg. Journal. März 1899. N. Y. Med. Journal. 20. Mai 1899. Laryngoscope. Juni 1899.*

Verf. macht einige Bemerkungen zu Walker Downie's Fall von primärem Epithel des Zäpfchens und berichtet über einen anderen ganz ähnlichen, den er

beobachtet hat. Ausserdem beschreibt er einen Fall, in dem das Epitheliom auf den linken vorderen Gaumenbogen beschränkt blieb.

Fall 1. Mann von 48 Jahren, starker Raucher, mässiger Trinker; in der letzten Zeit erheblich abgemagert; klagt über Schmerzen im Hals und Schluckbeschwerden. Sein Vater starb nach einer Amputation am Knie (wegen Sarcom); die Mutter wurde 2mal wegen Krebs operirt. Die Uvula erscheint als eine warzige verdickte Masse; die Krankheit greift auf den Gaumen über; Drüsen sind nicht zu fühlen. Der Tumor wird mit der Scheere abgetragen; die mikroskopische Untersuchung erweist ihn als Epitheliom. — Der Pat. starb 2 Jahre später an einer rapide wachsenden secundären Geschwulst der Halsdrüsen.

Fall 2. Mann von 52 Jahren; seit 3—4 Monaten bestehen Schmerzen beim Schlucken. Der ganze weiche Gaumen erscheint krankhaft geröthet und eine kleine warzige Geschwulst ist am freien Rande des linken vorderen Gaumenbogens zu sehen. Keine Drüsenschwellung. — Der Pat. verweigert die vorgeschlagene Radicaloperation, trotzdem die Untersuchung eines excidirten Stückchens die maligne Natur der Geschwulst ausser Frage stellt.

A. LOGAN TURNER.

53) **M. Coffinas. Die Zunge in den wichtigsten Krankheiten. (The tongue in the most important diseases.)** *N. Y. Med. Record. 25. März 1899.*

C. bespricht das Aussehen der Zunge bei Typhus, Masern, Scharlach, Keuchhusten. Pneumonie, Cholera, Phthisis, Diabetes und Morbus Addisonii.

LEFFERTS.

54) **J. L. Goodale. Ueber parenchymatöse Entzündung von Mund und Zunge. (A consideration of parenchymatous inflammation of the mouth and tongue.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. Mai u. Juni 1899.*

Verf. unterscheidet 4 Arten von Entzündung.

1. Acute parenchymatöse Entzündung des Mundes und der Zunge durch Streptokokkeninfection.
2. Eitrige Entzündung von Mund und Zunge.
3. Parenchymatöse Entzündung durch Diphtheriebacillen.
4. Anomalien der Circulation oder Angioneurosen.

Acutes umschriebenes Oedem des Mundes kommt vor an Lippen, im Munde und an der Zunge; es tritt plötzlich auf und verläuft ganz acut.

EMIL MAYER.

55) **Duplay** (Paris). **Die Diagnostik der Ulcerationen an der Zunge. (Diagnostic des ulcérations de la langue.)** Aus der chirurgischen Klinik des Hôtel Dieu. *Bulletin médical. 27. November 1898.*

D. stellt einen Kranken vor mit Ulceration an der Zunge von zweifelhafter Natur und bespricht im Anschluss daran die differentialdiagnostischen Momente zwischen

a) einfachen oder dentalen,
b) syphilitischen,
c) tuberculösen und
d) krebsigen Ulcerationen.

PAUL RAUGÉ.



56) **Redact. Notiz. Geschwüre der Zunge? (Ulcers of the tongue?)** *Medical and Surgical Monitor. April 1899.*

Lupus der Zunge soll unter localer Anästhesie gründlich curettirt und dann mit dem Paquelin oder dem Galvanokauter verschorft werden. Danach ist tägliche Application von Jodtinctur rathsam.

EMIL MAYER.

57) **A. Fournier** (Paris). **Ulceröse Processe an der Zunge. (Lésions ulcéreuses de la langue.)** *Société franç. de Dermat. et de Syphiligr. 8. December 1898.*

Anlässlich der Vorstellung eines Falles weist F. von Neuem darauf hin, wie schwer es in gewissen Fällen ist, Krebs der Zunge von tertiären phagedänischen Läsionen zu unterscheiden. Ganz besonders complicirt wird die Diagnose dadurch, dass es gemischte Fälle von Epitheliom und Syphilis giebt.

PAUL RAUGÉ.

58) **Vollmer** (Kreuznach). **Histologische Bemerkungen zu einem Falle von schwarzer Haarzunge.** *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis. XLVI. 1898.*

Die Entstehung der Hornbildung ist die Folge eines abnorm festen Zusammenhangs der verhornenden Stachelzellen. Ist dieser Zusammenhang unter allen Zellen und an allen ihren Seiten ein gleich fester, so resultiren bei dem steten Nachschub von der Stachelschicht der papill. filiform. die dolchartigen Bildungen. Ist der Zusammenhang nur an einer Seite der Zellen vorhanden, so entstehen die an ineinandergesteckte Trichter oder Blumenstengel erinnernden Formen.

A. ROSENBERG.

59) **J. L. Goodale** und **H. F. Hewes** (Boston). **Ein Fall von isolirter Urticaria der Zunge mit Achlorhydrie. (A case of isolated urticaria of the tongue associated with achlorhydria.)** *Am. Journ. Med. Scienc. April 1899.*

38 jähriger Schumacher, der seit über 4 Jahren häufig wiederkehrende schmerzhafte rothe Flecke auf dem Zungenrücken hatte. Neuerdings ist die Schleimhaut der Lippen und Wangen in ähnlicher Weise erkrankt. Auf der Haut war nie ein Ausschlag vorhanden.

Die Untersuchung ergab fast im ganzen Zungenrücken eine mässige symmetrische Schwellung und hellrothe Verfärbung der Papillae filiformes und fungiformes. Die rothen Partien waren uneben, liessen sich aber mit dem Finger glätten; ein Oberflächendefect bestand nicht. Ebensowenig war eine Induration fühlbar. Die Zungenfläche war sehr empfindlich auf Berührung und auf chemische oder thermische Reize. Dagegen waren spontane Schmerzen nicht vorhanden, auch der Geschmack nicht beeinträchtigt. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückchens ergab normale Horn- und Schuppenschicht des Epithels, dagegen eine Proliferation der Endothelzellen des Coriums mit Oedem und Rundzelleninfiltration der Nachbarschaft; ferner Zellwucherung in Rete mucosae.

Die Localbehandlung erwies sich als unwirksam. Der Patient hatte seit über 8 Jahren an Verdauungsstörungen gelitten; oft wurde die Nahrung regurgitirt. Die chemische Untersuchung des Mageninhalts ergab völliges Fehlen der Salzsäure, verminderte Pepsinsecretion; Eiweiss wurde nicht verdaut. Diese Störung wurde nun behandelt und gleichzeitig Salol als intestinales Antisepticum

gegeben. Nach einer Woche war die Urticaria der Zunge vollständig verschwunden. Sie blieb 4 Wochen fort, so lange Salol genommen wurde. Mit dem Aussetzen dieses Mittels kehrte sie wieder, um bei erneutem Salolgebrauch sofort wieder zu verschwinden.

A. LOGAN TURNER.

60) **Ransohoff. Decortication der Zunge bei Behandlung der Psoriasis lingualis. (Decortication of the tongue in the treatment of lingual psoriasis.)** *St. Louis Med. Gazette. Juni 1899.*

Eine Incision durch die normale Mucosa umschreibt die Geschwulst, die dann mit der Scheere excidirt wird. Nachdem mit heissem Wasser die Blutung gestillt ist, wird hypermangansaures Kali applicirt.

EMIL MAYER.

61) **Du Castel** (Paris). **Die Behandlung der lingualen Leucoplakie. (Traitement de la leucoplasie linguale.)** *Journal des Praticiens. 11. Februar 1899.*

Verf. bespricht die Differentialdiagnose gegenüber der Lingua geographica, dem Herpes, der Syphilis und dem Lichen planus und wendet sich dann der Behandlung zu. Dieselbe ist:

1. Medicamentös: Sie soll vor allem schmerzlos und mild sein, nach einem Worte von Schwimmer negativ. Sie besteht in

a) Vermeidung von Reizung (Tabak, Alkohol, gewürzte Speisen, Zucker) und Zahnpflege.
b) strenger Antisepsis des Mundes: Spülung nach den Mahlzeiten; Mundpflege,
c) bei bestehenden Fissuren Application von Salicylsäure (10—30 pCt.), Perubalsam, concentrirter alkoholischer Resorcinlösung od. and. und selbst Aetzung mit Argentum nitricum oder Chromsäure.

2. Chirurgisch: Verändert sich das Aussehen einer Leukoplakie durch Spaltenbildung, Ulceration, Entwickelung von Papillomen oder dergl., so soll sie ohne Zögern sofort total entfernt werden. Das Eintreten lebhafter Schmerzen, besonders in der Tuba Eustachii verlangt ebenfalls und drängender noch den chirurgischen Eingriff. Derselbe soll ausgiebig sein; man kann ihn mit einem schneidenden Instrument oder mit dem Messer vornehmen.

PAUL RAUGÉ.

62) **Wm. S. Gottheil. Gumma der Zunge ohne andere specifische Symptome. (Gumma of the tongue without other specific symptoms.)** *N. Y. Med. Journ. 14. Januar 1899.*

Bemerkenswerth ist, abgesehen von der relativen Seltenheit dieser Localisation, das Vorhandensein der tertiären Läsion bei einem jungen Patienten, der sonst kein Zeichen von luetischer Infection darbot. Der Fall lehrt wieder einmal, dass man die Diagnose Syphilis auf die objectiven Erscheinungen hin stellen muss, ohne jede Rücksicht auf die Anamnese.

LEFFERTS.

63) **P. de Molènes. Erectile Geschwulst der Zunge mit spontaner Heilung. (Tumeur érectile de la langue. Guérison spontanée.)** *Revue médic. 25. Mai 1899.*

Es handelt sich um ein Angiom an der unteren Fläche der Zunge bei einem

Kinde von 3 Wochen. Da der Tumor keine Functionsstörung verursachte und das Kind saugen konnte, entschloss man sich vorläufig nicht einzugreifen. Der Tumor verminderte sich langsam von selbst und war, als das Kind 3 Jahre alt war, vollständig verschwunden.

PAUL RAUGÉ.

64) **Balzer** u. **P. Gauchery** (Paris). **Lymphangiom der Zunge. (Lymphangiome de la langue.)** *Société de Dermat. et de Syphiligraphie. 9. März 1899.*

16jähriger junger Mann, der seit 10 Jahren an der unteren Fläche der Zunge einen Tumor trägt, welcher aus einer Anhäufung kleiner theils mit Blut, theils mit transparentem Serum gefüllter Cysten besteht. Der Tumor ist nach der Meinung der Verff. ein Hämato-Lymphangiom oder ein reines Lymphangiom.

PAUL RAUGÉ.

65) **C. Harper Richardson. Ein Fall von Lymphangiom der Zunge. (Report of a case of lymphangioma of the tongue.)** *Albany Medical Annals. April 1899.*

12jähriges Mädchen, das seit 9 Jahren eine warzige Geschwulst hatte, die allmählich gewachsen war, bis sie zuletzt die ganze Oberfläche der Zunge bedeckte und sich links noch unter dieselbe bis zum Frenulum hin ausdehnte. Unter Chloroform wurde 12 mal der Paquelin applicirt. Die Zunge ist jetzt normal, die Geschwulst aber noch nicht total zerstört. Verf. empfiehlt frühzeitige Operation.

EMIL MAYER.

66) **Alfred Blanc. Papillom der Zunge mit epithelialer Umbildung. (Papillome de la langue et transformation epithéliale.)** *Marseille Méd. 15. August 1898.*

Es handelt sich um einen 55jährigen Kranken, der am rechten Rand der Zunge seit 4 Jahren einen erdbeergrossen, deutlich gestielten Tumor hatte. Derselbe wurde excidirt und mikroskopisch untersucht; er zeigte die klassische Structur eines Papilloms. Im Gewebe des Stiels aber und in der Tiefe der Gewebe bestand eine Proliferation embryonaler Zellen, von denen einige ganz den epithelialen Typus aufweisen.

Der Autor meint, dass hier eine Umbildung von benigner in maligne Geschwulst vorliegt, die zwar sehr selten ist, beim Papillom aber vorkommen kann.

PAUL RAUGÉ.

67) **Gaston** (Paris). **Die Methode von Cerny-Trunecek combinirt mit buccaler Antisepsis bei der Behandlung des Zungenepithelioms. (Méthode de Cerny-Trunecek. Antisepsie buccale combinée dans le traitement de l'épithéliome lingual.)** *Société de Dermatol. et de Syphiligraphie. 12. Januar 1899.*

Neben den eigentlich epitheliomatösen Veränderungen besteht eine interstitielle Glossitis wahrscheinlich infectiösen Ursprungs.

Gegen das Epitheliom selbst geht G. nach der Methode von Cerny-Trunecek (mittelst einer Lösung von arseniger Säure) vor, während er die begleitende Stomatitis mit Sublimatspülungen bekämpft.

Morel-Lavallée nimmt ebenfalls neben den epitheliomatösen noch rein entzündliche Veränderungen an, die eine locale (Sublimatspülung) oder allgemeine

(Calomelinjectionen) Antisepsis rechtfertigen. So sah er ein Epitheliom nach einer Calomelinjection sich um $^{9}/_{10}$ seiner Grösse verkleinern.

In der weiteren Discussion wird die Frage aufgeworfen, ob längerer Sublimatgebrauch die Zähne schwärzt. Fournier und Maurice bejahen, Galippe und Tenneson verneinen diese Frage.

PAUL RAUGÉ.

68) **Fournier** und **Gaston. Epitheliom der Zunge auf dem Boden einer syphilitischen gummösen Glossitis. (Epithélioma lingual superficiel sur une glossite gommeuse syphilitique.)** *Société franç. de Dermatologie et de Syphiligraphie. 9. Februar 1899.*

Die Verff. legen die anatomischen Präparate vor, die von einem Kranken stammen, der im December 1898 der Gesellschaft vorgestellt wurde.

Die mikroskopische Untersuchung erwies, dass es sich um eine gemischte syphilitisch-epitheliomatöse Glossitis handelte: in der Peripherie gummös, im Centrum epitheliomatös. Dieser Befund beweist, dass das lange bestrittene Nebeneinanderbestehen beider Affectionen thatsächlich vorkommt.

Unter Wirkung einer Calomelinjection war die vorher monströse Zunge des Kranken schnell kleiner und sogar atrophisch geworden. Fälle dieser Art sind nicht selten und Fournier hat öfter partielle und temporäre Besserungen bei Zungenentzündungen unter dem Einfluss von Calomelinjectionen gesehen.

PAUL RAUGÉ.

69) **J. C. Warren. Excision der Zunge wegen Krebs. (Excision of tongue for cancer.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 27. April 1899.*

Vor der Operation wurde 0,0006 g Atropin gegeben und der Mund war trocken. Die Incision wurde von dem Mundwinkel, statt von unter dem Kinn her gemacht.

EMIL MAYER.

70) **B. Robinson. Vergrösserung der Zungentonsille als Ursache von Husten. (Enlargement of the lingual tonsil as the cause of cough.)** *Charlotte Medical Journal. Mai 1899.*

Vergl. den Verhandlungsbericht des 20. Congresses der Americ. Laryngol. Assoc. (s. Centralblatt).

EMIL MAYER.

71) **Seifert. Die Syphilis der Zungentonsille.** *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. XLIV. 1898.*

Am seltensten findet sich auf der Zungentonsille das Erythem.

Papeln sieht man auf derselben in der Mehrzahl der Fälle, in denen im Verlaufe der constitutionellen Syphilis der Rachen erkrankt; die subjectiven Beschwerden sind dabei gering.

Von den Spätformen erinnere das gummöse Infiltrat an die nicht specifische Hypertrophie.

Die glatte Atrophie der Zungenwurzel ist als ein sicheres Zeichen der erworbenen oder angeborenen Syphilis nicht anzusehen; Männer sind häufiger befallen als Weiber.

A. ROSENBERG.

72) **Reintjes. Schilddrüse an der Zungenbasis. (Thyroid gland at base of tongue.)** *The Canadian practitioner and Review. Juni 1899.*

Die Elektrolyse führte nicht zum Ziele. Darauf wurde operirt. Der Patient genas; aber später stellten sich Symptome von Myxoedem ein. EMIL MAYER.

d. Diphtheritis und Croup.

73) **Luisada** und **Pacchioni. Die Einwirkung des Diphtheriegiftes auf das Nervensystem. (The action of diphtheria toxin on the nervous system.)** *N. Y. Medical Record. 11. März 1899.*

Die Verff. stellten experimentell an Hunden die Wirkung des Diphtheriegiftes auf das Nervensystem fest, indem sie die Giftlösung an verschiedenen Stellen theils peripher, theils in die Medulla oder die Gehirnrinde injicirten. Sie constatirten starke locale Veränderungen entzündlich-degenerativer Natur an der Stelle der Injection, sowie schnelle Ausbreitung des Giftes innerhalb des nervösen Systems. LEFFERTS.

74) **Geo. W. Scott. Diphtheritis; ein Bericht über eine neue Epidemie in Madison Run. (Diphtheria — with report of a recent epidemic at Madison Run.)** *Medical Register. Februar 1899.*

Ein unvollständiger Bericht über eine locale Epidemie. EMIL MAYER.

75) **Redact. Notiz. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Medical World. Januar 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

76) **Rabek. Angina diphtheritica bei einem zwei Wochen alten Kinde. (Btonica u dziecha dwutygodniowego.)** *Kronika lekarska. No. 11. 1899.*

Typische Erscheinungen mit Löffler'schen Bacillen, die nach einigen Tagen verschwanden. Es wurden 500 Einheiten von antidiphtheritischem Serum injicirt. v. SOKOLOWSKI.

77) **J. D. Austin. Diphtherie mit ungewöhnlichem Verlauf. (Diphtheria of unusual course.)** *N. Y. Med. Record. 7. Januar 1899.*

An den Fällen, die Verf. in unnöthiger Ausführlichkeit mittheilt, hebt er als bemerkenswerth hervor, dass die Symptome lange dunkel waren und dann eine schwere Form annahmen. LEFFERTS.

78) **N. D. Travis. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Alabama Medical and Surgical Age. Januar 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

79) **J. A. Mc Swain. Membranöser Croup und Diphtheritis. (Membranous croup and diphtheria.)** *Memphis Medical Monthly. Februar 1899.*

Verf. hält Croup und Diphtherie für identisch. Er macht auf die Thatsache aufmerksam, dass das Contagium Jahre lang an den Kleidern haften kann.

EMIL MAYER.

80) **J. A. Mc Swain. Der sogen. membranöse Croup und die Diphtherie. (Membranous croup so-called and diphtheria.)** *Charlotte Medical Journal. März 1899.*

Verf. nennt alle Formen von membranöser Entzündung, bei denen sich der Diphtheriebacillus nicht findet, Pseudodiphtherie, behandelt sie aber alle wie echte Diphtherien.

EMIL MAYER.

81) **T. A. de Armend. Die Einheit von Croup und Diphtherie. (Unity of croup and diphtheria.)** *Medical Progress. Januar 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

82) **H. P. Fahrney. Behandlung des pseudomembranösen Croups. (Pseudomembranous croup treatment.)** *North American Medical Review. April 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

83) **A. M. Osness. Diphtheritis und ihre rationelle Behandlung. (Diphtheria and its logical treatment.)** *N. Y. Lancet. März 1899.*

Verf. ordinirt Calciummonosulfid 0,045 g $^1/_2$ stündlich 36 Stunden lang; ausserdem local

Acid Carbol 0,9
Tct. ferri sesquichlor. 9,375
Glycerin 30,0
Spirit. rectif. ad 60,0.
M. D. S. Zum Einpinseln.

EMIL MAYER.

84) **J. A. Forsland. Schwefelpräcipitat bei Diphtherie. (Precipitated sulphur in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 18. März 1899.*

F. insufflirt auf das diphtheritische Exsudat 3mal täglich reichlich Schwefel; daneben lässt er mit einem indifferenten Gurgelwasser, vornehmlich mit Natr. biboracic. 1 : 20, gurgeln. Mit dieser Therapie, die er seit 20 Jahren benutzt, ist Verf. auf eine Mortalität von 5 pCt heruntergekommen. Die Schwefelapplicationen vermindern den Schmerz, sind ganz harmlos, leicht ausführbar und nicht kostspielig.

LEFFERTS.

85) **England. Behandlung der Diphtherie der Nase und des Halses. (Treatment of diphtheria of the nose and throat.)** *N. Y. Med. News. 18. März 1899.*

Für Fälle in abgelegenen Orten, in denen das Serum nicht zu beschaffen ist, empfiehlt Verf. folgende Combination von Medicamenten, die er mit vortrefflichem Erfolge oft angewandt hat.

Jodtrichlorid 4,8
Saccharin 0,48
Aqua destill. 30,0.

S. 10mal täglich in 10facher Verdünnung als Gurgelwasser zu gebrauchen. Nach dem Gurgeln wird folgendes Pulver in die Nase eingeblasen:

Natr. sozojodol. 1 Theil,
Sulfur. sublim. 3 Theile.

Ausserdem wird 4mal täglich Tct. ferri perchlor. aether. 15—40 Tropfen gegeben.

LEFFERTS.

86) **J. Zahorsky. Diphtherieserum durch den Mund. (Diphtheria antitoxin by the mouth.)** *Archives of Pediatrics N. Y. März 1899. The Canada Lancet. April 1899.*

Seit seiner ersten Mittheilung (N. Y. Med. Journ. 19. März 1898) hat Verf. wieder 14 Fälle in der Privatpraxis und 150 im Spital durch Serum per os immunisirt. Kein Fall erkrankte. Das Serum wirkt per os gegeben erst nach 36 Stunden; es ist daher diese Art der Einführung mehr für prophylaktische als für Heilungszwecke geeignet. Warum das Serum nicht sogleich ins Blut übergeht, ist nicht bekannt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

87) **H. J. Meyer. Zur Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *Med. Age. 25. Januar 1899. Med. Monograph. Februar 1899.*

Nichts Besonderes; Verf. empfiehlt das Antitoxin.

EMIL MAYER.

88) **Wm. Phipps Munn. Die Präventivbehandlung der Diphtherie. (The preventive treatment of diphtheria.)** *Philad. Med. Journal. 4. März 1899.*

Verf. hält es für die absolute Pflicht des Arztes, jedem Kind, das in einem Hause verbleiben muss, in dem die Infection herrscht, eine Immunisirung von Serum zu geben.

EMIL MAYER.

89) **W. Cheatham. Serumbehandlung der Diphtheritis. (Serum treatment of diphtheria.)** *American Practitioner and News. 1. Januar 1899.*

Ch. antwortet auf die gegen die Serumtherapie erhobenen Einwände.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

90) **W. W. Lambert. Sechszehn Fälle von Diphtherie mit Serum behandelt. (Sixteen cases of serum treated diphtheria.)** *Montreal Med. Journal. März 1899.*

Die Diphtherie lässt sich nach L.'s Ansicht durch das Serum leicht in Grenzen halten und Epidemien sind durch ausgiebige Immunisirung zu verhüten.

EMIL MAYER.

91) **F. Gordon Morrill. Schlussfolgerungen bezüglich des Diphtherieheilserums. (Conclusions of diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 25. Februar 1899.*

Injection einer kleinen Dosis Serum (100—250 I.-E.) immunisirt für mindestens 10 Tage, vorausgesetzt, dass die Injection 24 Stunden vor der Infection stattfindet. Grössere Dosen (250 Einheiten für Kinder von 2 Jahren, bis 500 für 8jährige und ältere) geben unter gleichen Bedingungen Schutz für 20 Tage bis 3 Wochen. Das Serum ist unschädlich für die überwiegende Mehrzahl der kranken Kinder und wahrscheinlich stets bei gesunden Kindern, vorausgesetzt natürlich, dass es rein ist. Das Auftreten einer folliculären Tonsillitis oder einer Coryza bei einer Person, die den Klebs-Loeffler'schen Bacillus in Hals und Nase hat, kann die Präventivimpfung mit Serum freilich nicht verhindern; aber diese sind ebenso wenig Diphtherie, wie eine Bronchitis Pneumonie ist, weil im Speichel Pneumokokken sich finden.

LEFFERTS.

92) **J. R. Armstrong. Ueber die Anwendung des Diphtherieserums in der allgemeinen Praxis mit einem Bericht über 122 Fälle. (On the use of diphtheria antitoxin in general practice with history of 122 cases.)** *Lancet. 4. März 1899.*

55 schwere Fälle wurden injicirt; nur 1 von diesen starb. 25 leichtere Fälle wurden nicht injicirt und 2 starben. 1500 Einheiten des flüssigen Serum von Burroughs, Wellcome u. Comp. wurden injicirt und wenn nöthig, wurde diese Dosis nach 24 Stunden wiederholt. In 9 Fällen entwickelte sich postdiphtheritische Lähmung. Die Pat. wurden alle mit Eisenchlorid und Ammoniumacetat behandelt und erhielten Cognac.

ADOLPH BRONNER.

93) **H. H. Witherstine. Diphtherie und Heilserum. (Diphtheria and antitoxin.)** *Northwestern Lancet. 15. März 1899.*

W. spricht günstig von den Seruminjectionen; seine Mittheilung enthält im Uebrigen nichts Neues.

EMIL MAYER.

94) **J. E. Labirge. Die Behandlung der Diphtherie mittelst Heilserum. (The treatment of diphtheria by the use of antidiphtheritic serum.)** *Montreal Med. Journal. April 1899.*

L. ist Anhänger der Serumtherapie; er bekämpft alle Einwände, die gegen sie erhoben sind.

EMIL MAYER.

95) **Riese. Diphtherieserum und Sterblichkeit. (Diphtheria antitoxin and mortality.)** *N. Y. Medical Record. 18. März 1899.*

R. behandelte 100 Fälle von Diphtherie mittelst Serum; von diesen starben 8. Tracheotomirt wurden 56 Fälle, von welchen 4 starben. Die Mortalität beträgt also 7 pCt. unter den Operirten und 9 pCt. unter den nicht operirten Fällen.

LEFFERTS.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

96) **Nisenson. Ein Fall von acuter Larynxstenose in Folge von Verbrennung durch eine heisse Kartoffel. (Przypadek ostrego zwyzenia krtani wskuteh oparzenia goracym kartoflem.)** *Medycyna. No. 15. 1899.*

Bei einem $1^1/_4$ Jahre alten Kinde, das einige Bissen einer heissen Kartoffel verschluckt hatte, stellte sich nach einigen Stunden Cyanose und ein heftiger Erstickungsanfall ein.

Laryngoskopisch fand Verf. starke Hyperämie und Schwellung der hinteren Larynxwand, der Epiglottis und der Stimmbänder. Nach Anwendung antiphlogistischer Mittel verminderte sich die Stenose allmälig, und das Kind genas nach einigen Tagen vollständig.

A. v. SOKOLOWSKI.

97) **A. Rundström** (Stockholm). **Zwei Fälle von Larynxstenosis mittels Dilatation behandelt. Heilung. (Tvenne fall af larynxstenos med framgaang behandlade medelst dilatation.)** *Hygea. 65. 1899.*

Fall I. 37jähriger Mann — Tentamen suicidii. — Pat. schnitt sich am

17. November 1896 den Kehlkopf durch. Der Schnitt ging durch die Trachea unmittelbar unter der Cart. cricoidea. Die Wunde wurde, nachdem eine Trachealcanüle eingelegt war, sofort genäht. Mitte December war die Wunde geheilt und die Canüle konnte entfernt werden. 14 Tage nachher musste die Canüle aber wegen Athemnoth wieder eingelegt werden. Die Ursache der Stenose bildeten theils Granulationsmassen, theils eine stenosirende feste Membran, die den oberen Theil von dem unteren Theil des Larynx trennte. Nachdem mehrere Versuche die Stenose mit Schrötter's Dilatationsbolzen zu erweitern, gemacht waren, ohne dass ein bleibender Erfolg erzielt wurde, wurde die sehr hoch gelegene Canüle so weit wie möglich nach unten gegen das Sternum gelegt, und nunmehr ging die Dilatation rasch vorwärts. Schliesslich wurden Intubationsröhren angewandt, und am 12. December 1897 konnte der Pat. als geheilt entlassen werden.

Fall II. 45jährige Frau — syphilitische Perichondritis laryngea. — Am 19. November 1897 tracheotomirt. Dilatation mit Bolzen und Intubationstuben. Heilung am 29. Januar 1898 vollendet.

SCHMIEGELOW.

98) **John Rogers. Kehlkopfstenose. Eine besondere Intubationsröhre. (Laryngeal stenosis. Special intubation tube.)** *N. Y. Medical Record. 22. April 1899.*

Krankengeschichte eines complicirten Falles von Stenose. Das Besondere an der Intubationsröhre war, dass sie gegenüber der Anschwellung eine Oeffnung hatte, in die eine Art Pflock hineingeschraubt wurde. Dieser Pflock ragte aus der Tracheotomiewunde heraus. Bei Erstickungsgefahr durch Verschluss der Tube konnte der Pat. ihn selbst herausschrauben und die für die Athmung nöthige Oeffnung dadurch sichern.

LEFFERTS.

99) **Louis Fischer. Recidivirende Kehlkopfstenose nach der Intubation. (Recurring laryngeal stenosis after intubation.)** *N. Y. Med. Record und Philad. Med. Journal. 29. April 1899.*

O'Dwyer fasste die Ursachen der persistirenden Stenose nach der Intubation in das eine Wort „Trauma“ zusammen. Eine Ausnahme von dieser Regel bilden nur gewisse Fälle von Stimmbandlähmung. Der Sitz der Läsion, die unzweckmässigen Tuben und der Ungeübtheit des Operateurs zur Last fällt, ist gewöhnlich gerade unter den Stimmbändern. Verhütet wird diese Complication durch ein möglichst vorsichtiges und sanftes Einführen der Tube, Benutzung einer Gummitube und Herausnehmen derselben alle 2—3 Tage zur Vermeidung von Reizung durch Kalkablagerung. Ist wiederholte Intubation erforderlich, so soll die Tube vor dem Einführen in heisse Gelatinelösung, die 25 pCt. Alaun und 20 pCt. Ichthyol oder 3 pCt. Jodoform enthält, getaucht werden.

EMIL MAYER.

100) **Ch. Martin. Partielle Nekrose des Ringknorpels infolge von längerem Liegen einer Oesophagussonde bei einem wegen Zungenkrebs operirten Patienten. (Nécrose partielle du cricoide due au séjour prolongé d'une sonde**

oesophagienne chez un malade opéré d'un cancer de la langue.) *Société anatomique de Paris. Januar 1899.*

Die Dauersonde lag 3 Monate. An der vorderen Pharynxwand entstand in der Höhe des Ringknorpels eine Ulceration von 2 cm Ausdehnung, in deren Tiefe man den nekrotischen Knorpel sah. Vor dem Ringknorpel fand sich eine eitrige Höhle, in die man die Spitze des Zeigefingers einlegen konnte. Die Larynxschleimhaut war intact.

PAUL RAUGÉ.

101) **Rush R. Gingles. Fractur des Kehlkopfs. Abscess. Tod. (Fracture of the larynx. Abscess. Death.)** *Louisville Med. Monthly. April 1899.*

Pat. starb 4 Tage nach der Verletzung.

EMIL MAYER.

102) **Jacques. Fremdkörper aus dem Halse eines 4 Monate alten Kindes entfernt. (Corps étranger extrait de la gorge d'un enfant de quatre mois.)** *Soc. de Méd. de Nancy. 23. November 1898.*

Es handelte sich um ein knöchernes Plättchen, das sich von dem Saugapparat an der Flasche des Kindes losgelöst hatte und hinter dem Gaumensegel fixirt war. Der untere Rand steckte in der Plica glossoepiglottica fest. Das Plättchen war durchbohrt und infolge dieser centralen Oeffnung waren Respiration und Schlucken die 3 Tage, die der Extraction vorangingen, ermöglicht worden.

PAUL RAUGÉ.

103) **Chas. H. Knight. Fremdkörper im Kehlkopf. (Foreign bodies in the larynx.)** *N. Y. Medical News. 15. April 1899.*

Interessante Fälle; nichts Neues.

LEFFERTS.

104) **Harry Morrell. Bronchopneumonie nach Inhalation eines Fremdkörpers. (Bronchopneumonia from the inhalation of a foreign body.)** *N. Y. Medical Journal. 11. März 1899.*

Das Kind magerte stark ab und wurde immer schwächer, bis 6 Wochen nach dem Unfall in einem Paroxysmus von Husten und Erbrechen der Fremdkörper — ein $^1/_2$: 1 cm grosses, an einer Seite flaches, an der anderen convexes Stück Nuss — ausgeworfen wurde. In etwa 10 Tagen erholte sich das Kind, jetzt ist es gesund und stark.

LEFFERTS.

105) **C. E. Coon. Ein weiterer Fall von Bronchitis und Pneumonie im Anschluss an Inhalation eines Fremdkörpers. (Another case of bronchitis and pneumonia following the inhalation of a foreign body.)** *N. Y. Medical Journal. 25. Februar 1899.*

Die Diagnose wurde auf rechtsseitige centrale Pneumonie gestellt. Während eines Hustenanfalls warf die Pat. eine schleimig-eitrige Masse aus, in der ein Fremdkörper gefunden wurde, welcher sich bei näherer Untersuchung als eine Blaubeere erwies. Die Pat. hatte 11 Tage vorher Blaubeeren gegessen, hatte aber nichts davon gespürt, dass sie eine davon inhalirte.

LEFFERTS.

106) **William T. Jenkins. Fremdkörper im Larynx. (Foreign bodies in the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 10. Juni 1899.*

Ein sehr merkwürdiger und ungewöhnlicher Fall wird als eingeklemmte Epiglottis mitgetheilt. Bei der Herausnahme des Larynx fand sich der Kehldeckel zwischen den Stimmbändern eingeklemmt; die sorgfältige Obduction ergab keine andere Ursache des plötzlich unter Asphyxie erfolgten Todes.

LEFFERTS.

107) **William J. Jenkins. Plötzlicher Tod durch Fremdkörper im Larynx. (Sudden death from foreign bodies in the larynx.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 10. Juni 1899.*

Der Verf. führt eine Reihe von Fällen auf, in denen durch inhalirte Fremdkörper plötzlicher Exitus eintrat, ehe ärztliche Hilfe noch eingreifen konnte.

EMIL MAYER.

108) **J. Payson Clark. Fremdkörper im Kehlkopf von Kindern. (Foreign bodies in the larynx in children.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 1. Juni 1899.*

C. berichtet über 5 Fälle. Die Extraction gelingt öfters mittelst der Kehlkopfzange, zu deren Einführung aber die Anästhesirung erforderlich ist. C. zieht den Aether vor und giebt zur Herabsetzung der Schleim- und Speichelabsonderung etwas Atropin per os.

EMIL MAYER.

109) **Francis J. Quinlan. Einklemmung eines Fremdkörpers im Larynx. Heilung nach hoher Tracheotomie. (Impaction of foreign body in larynx; recovery after high tracheotomy.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 10. Juni 1899. N. Y. Med. Record. 10. Juni 1899.*

Der Fremdkörper, eine Schraube, liess sich mittelst intralaryngealer Methoden nicht extrahiren, so dass zur Tracheotomie geschritten werden musste. Nach dieser gelang die Extraction sofort und die Wunde konnte geschlossen werden.

EMIL MAYER.

110) **J. Maravel** (Oran). **Fremdkörper (Blutegel) in der Trachea. (Corps étranger de la trachée [sangsue].)** *Rev. Méd. de l'Afrique du Nord. 15. December 1898.*

Ein Araber trank Wasser aus dem offenen Fluss und verschluckte dabei einen Blutegel. Man konnte denselben im laryngoskopischen Bilde sehen; er sass in der Gegend des 5. Trachealringes. Die Symptome waren: Hustenanfälle, Heiserkeit, reichlicher Auswurf mit Blut vermischten Schleimes. Die laryngoskopische Untersuchung ergab eine Hyperämie der Glottis, wie bei akuter Laryngitis; die oberen Trachealringe waren stark roth, sie schienen mit reinem Blut bedeckt zu sein. Nachdem mehrfach versucht war, das Thier mittelst Flüssigkeiten (Cocainlösung, Salzwasser, Tabakabkochung) loszulösen, machte M. Extractionsversuche mit der Zange. Nach längeren Bemühungen glückte die Extraction und der Kranke genas jetzt schnell von seinen Beschwerden.

PAUL RAUGÉ.

111) **F. Dupont. Fremdkörper der Trachea. (Corps étranger de la trachée.)** *Journ. de méd. prat. 10. Januar 1899.*

Mädchen von 4 Jahren bekommt plötzlich einen Erstickungsanfall. Da das Kind Ascariden von sich gegeben hat, vermuthet D., dass ein Wurm in die Luftwege gedrungen ist und schlägt die Tracheotomie vor. Dieselbe wird erst 7 Tage nachher, als die Athemnothanfälle zunahmen, von den Eltern genehmigt. Als die Luftröhre eröffnet ist, wird fast unmittelbar eine Kaffeebohne ausgeworfen. Das Kind kommt zur Heilung.

A. CARTAZ.

112) **Sevestre. Fremdkörper in der Trachea entfernt durch Intubation. (Foreign body in the trachea removed by intubation.)** *N. Y. Medical News. 21. Januar 1899.*

5jähriges Mädchen mit Anfällen von Asphyxie, bedingt durch einen Fremdkörper, der seit über 6 Wochen in der Trachea des Kindes steckte. Sevestre führte die Kehlkopftube ein, nachdem er darauf vorbereitet hatte, dass, wenn die Intubation misslänge, sofort die Tracheotomie angeschlossen werden sollte. Ein paar Minuten, nachdem die Tube eingelegt war, wurde der Fremdkörper, eine Glasperle von $^1/_3$ Zoll Länge und halb so breit, ausgehustet.

LEFFERTS.

113) **Jas. S. Warrack. Tod durch einen im linken Bronchus eingeklemmten Zahn. (Death from a tooth in left bronchus.)** *Brit. Med. Journal. 18. Februar 1899. N. Y. Med. Journal. 11. März 1899.*

Der eben unter Lachgas extrahirte Zahn wurde bei einer forcirten Inspiration inhalirt. Die ganze linke Lunge war ausser Function. Hektisches Fieber trat ein und 13 Tage später waren deutliche Symptome von Lungengangrän vorhanden. 3 Tage später trat der Tod ein. Der Zahn fand sich bei der Section im linken Bronchus mit der Krone nach oben fest eingeklemmt; die ganze linke Lunge war gangränös.

LEFFERTS.

114) **W. A. Moffat. Patrone im rechten Bronchus. (Cartridge in the right bronchus.)** *Brit. Med. Journal. 4. März 1899.*

7jähriger Knabe verschluckte eine Pistolenkugel 7 Tage danach wurde dieselbe durch Roentgenstrahlen localisirt; es wurde eine tiefe Tracheotomie gemacht und die Kugel mit einer Nasenzange entfernt. Der Knabe genas.

ADOLPH BRONNER.

115) **J. C. Warren. Vorstellung von Fällen, die wegen Fremdkörper im Halse operirt worden sind. (Presentation of patients operated upon for foreign body in throat.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 6. April 1899.*

Bericht über 6 Fälle, die von aussen operirt wurden mit dem Resultat, dass 4 geheilt wurden und 2 starben, der eine durch Shock, der zweite durch Shock und Bronchopneumonie.

EMIL MAYER.

116) **Thomas H. Manley. Tracheotomie unter localer Anästhesie. (Tracheotomy by the aid of local anaesthesia.)** *Medical Times and Register. März 1899.*

Die Tracheotomie unter Cocain sollte die unter allgemeiner Narkose bei

allen Erwachsenen ganz ersetzen. M. giebt vorher ein paar Dosen Alkohol per os; bei Patienten mit schwachem Herzen oder organischer Erkrankung ausserdem 0,0012 g Strychnin subcutan. Der Pat. sitzt während der Operation mit stark zurückgelehntem Kopf.

EMIL MAYER.

117) **A. Jacobi. Die Langlebigkeit tracheotomirter Kinder. (The longevity of tracheotomized children.)** *N. Y. Medical News. 1. April 1899.*

Landouzy hat die Ansicht ausgedrückt, dass alle tracheotomirten Kinder innerhalb weniger Jahre der Tuberculose anheimfallen und Simon „kennt nur einen einzigen Erwachsenen, der als Kind tracheotomirt wurde". Jacobi berichtet über seine persönlichen Erfahrungen, die das Gegentheil beweisen.

LEFFERTS.

118) **H. Unrichtigkeit der Behauptung Landouzy's, dass Tuberculose der Tracheotomie folgt. (A denial that tuberculosis follows tracheotomy, as claimed by Landouzy.)** *N. Y. Med. News. 1. April 1899.*

Ein Brief an den Herausgeber, dessen Inhalt aus der Ueberschrift hervorgeht.

LEFFERTS

119) **Redact. Notiz: Die Lebensdauer nach der Tracheotomie in Amerika. (Expectancy of life after tracheotomy in America.)** *N. Y. Med. News. 1. April 1899.*

Der Herausgeber weist auf Landouzy's bemerkenswerthe Behauptung hin, dass die tracheotomirten Kinder nicht alt werden, und bemerkt dazu, dass die klinische Erfahrung in Amerika der Tracheotomie keine so üble Diagnose zuzuschreiben vermag.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

120) **Brainin. Zur Frage des Einflusses der Schilddrüsenpräparate auf die Morphologie des Blutes bei Thieren und gesunden Menschen. (K woprosy o wlijanii preparatow schtschitowidnoi jelesi na morfologiju prowi u jiwotnich i sdorowich ljudei.)** Dissertation. Petersburg 1899.

Brainin machte Versuche an 14 Katzen, die er längere Zeit mit Schilddrüsenpräparaten fütterte und an 4 Menschen. Die Anwendungsdauer betrug bei letzteren nur 8 Tage. Seine Beobachtungen fasst Brainin in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1. Bei Thieren ruft längerdauernde Fütterung mit Schilddrüsenpräparaten in der Dosis 0,12—0,4 Herabsetzung der Zahl der rothen Blutkörperchen und zuweilen eine nicht stark ausgesprochene Leukocytose hervor.

2. Bei Menschen beobachtet man bei einer Dosis von 0,2—1,0 ähnliche Erscheinungen.

3. Der procentuale Hämoglobingehalt fällt bei Menschen und Thieren.

4. Es fällt auch das Körpergewicht.

P. HELLAT.

121) **François Franck. Gebrauch und Gefahren der Thyroidtherapie. (Emploi et dangers de la médication thyroidienne.)** *Académie de Médecine. 10. Jan. 1899.*

Verf. schildert die Gefahren des Thyroidismus und warnt davor, den Pat. die Schilddrüsenpräparate anzuvertrauen.

Lancereaux, Potain und Huchard schliessen sich seinen Ausführungen an.

PAUL RAUGÉ

122) **François Franck** (Paris). **Der Thyroidismus. (Le thyroidisme.)** *Académ. de Médecine. 25. Januar 1899.*

F. erstattet den Bericht der in einer der letzten Sitzungen zur Prüfung dieser Frage ernannten Commission.

Die Thyroidtherapie hat ernste Gefahren; sie ist deshalb nur bei formeller Indication und mit sorgfältiger Ueberwachung und langsamem Ansteigen der Dosen einzuleiten.

Die Thyroidvergiftung äussert sich in Veränderungen des Urins (Phosphaturie, Azoturie, Glykosurie, Albuminurie, Polyurie), in Schwindel, Zittern, Palpitationen, Athemnoth, Schlaflosigkeit.

Die Commission schlägt vor, die pharmaceutischen Präparate der Schilddrüse dem Reglement, das für den Verkauf gefährlicher Heilmittel aufgestellt ist, zu unterwerfen.

PAUL RAUGÉ.

123) **J. C. Schaefer. Kropf. (Goitre.)** *N. Y. Med. Record. 14. Januar 1899.*

Jodi crystall. 0,06
Kalii jodati 0,12
Alkohol 7,5
Syr. simpl. 30,0
Aqu. destill. 22,5

M. D. S. 1 Theelöffel voll in $1/2$ Glas Wasser 4mal täglich. Schaefer hat $1/3$ seiner Fälle in den letzten 5 Jahren mit Thyroidextract, die anderen mit Jod behandelt. Jod gab raschere Erfolge.

LEFFERTS.

124) **Redact. Notiz. Kropf. (Goitre.)** *Medical and Surgical Monitor. April 1899.*

Erwähnung eines Falles von plötzlichem Exitus nach Injection einer reizenden Lösung in die Kropfgeschwulst.

EMIL MAYER.

125) **J. Fred. Clarke. Basedow'sche Krankheit in Jowa. (Exophthalmic goitre in Jowa.)** *Philad. Med. Journal. 18. Februar 1899.*

Versuch einer Statistik.

EMIL MAYER.

126) **Glantenay. Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Traitement du goitre exophthalmique.)** *Archives générales de méd. November 1897.*

Verf. hält für die unechte Basedow'sche Krankheit die chirurgische Behandlung von vornherein für angezeigt, verlangt aber bei dem wahren Basedow stets erst einen Versuch mit der medicamentösen Behandlung. Wenn diese er-

folglos bleibt, hat man zu wählen zwischen partieller Thyroidektomie und Sympathicektomie.

PAUL RAUGÉ.

127) **Kant. Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 21. Januar 1899.*

K. empfiehlt:

Duboisin. sulfur. 0,0005
Aquae 1,8.
S. 2 oder 3 mal täglich z. n.

Verf. theilt einen Fall mit, in dem er dieses Mittel 3 Monate fortgebrauchen liess und erhebliche Verminderung aller Symptome erzielte. Gelegentlich freilich führt das Medicament zu Somnolenz und anderen üblen Nebenwirkungen.

LEFFERTS.

128) **Dieulafoy. Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (For exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical News. 25. Februar 1899.*

D. giebt gegen den Gefäss-Erethismus:

Pulv. ipecac. 1,8
Pulv. fol. digital. 0,9.
M. f. pil. No. 50. S. 2—4 Pillen täglich.

Die Ipecacuanha soll nie bis zu der Dosis gesteigert werden, dass Erbrechen erfolgt; aber leichte Uebelkeit darf vorkommen. Das Mittel ist mindestens eine Reihe von Monaten fortzubrauchen. Ammonium valerian. ist oft nützlich. Zu empfehlen sind hydrotherapeutische Proceduren.

LEFFERTS.

129) **J. N. Coolidge. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit. (A case of exophthalmic goitre.)** *Boston Med. and Surgical Journal. 16. Journal 1899.*

Krankengeschichte des Falles, bei dem weder Kropf noch Exophthalmus bestand. Nachdem Thyroidextract eine kurze Zeit gegeben war, entzog sich der Pat. der Beobachtuug.

EMIL MAYER.

130) **Abadie. Die Sympathicusresection bei Basedow'scher Krankheit. (La sympathicectomie dans le goitre exophthalmique.)** *Société de Biologie. 4. Februar 1899.*

Bericht über einen neuen Fall, der durch die Resection des Sympathicus geheilt worden ist.

Der Verf. legt seine Anschauungen über das Wesen der Krankheit und über die Art der Wirkung der Sympathicektomie dar.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

131) **Th. Rosenheim** (Berlin). **Beiträge zur Oesophagoskopie.** *Deutsche medic. Wochenschr. 4/5. 1899.*

An 7 ausführlichen Krankengeschichten (1. Oesophagusdivertikel, 2. Spasmus oesophag., 3. Atonie, 4. Compression, vermuthlich durch einen Mediastinal-

tumor, 5—7. Oesophagitis chronica) zeigt Verf., dass es gelingen muss, durch die Oesophagoskopie viele Fälle vom Carcinoma oesophag. abzutrennen, die ohne diese Untersuchungsmethode als Carcinome gedeutet werden. ZARNIKOW.

132) **E. G. Janeway. Ein Fall von tödtlicher Oesophagus-Blutung. (A case of fatal oesophageal hemorrhage.)** *N. Y. Medical Record. 31. Januar 1899.*

50jähriger Mann, der anscheinend in guter Gesundheit lebte, bekam mehrere heftige Attacken von Blutbrechen und gleichzeitig blutigem Stuhlgang. Es wurde ein Ulcus ventriculi angenommen. Nach 2 Wochen trat durch Erschöpfung und unter septischen Erscheinungen der Tod ein. Bei der Section fanden sich varicöse Venen von Fingerdicke im Oesophagus; in einer derselben eine Oeffnung, verschlossen durch einen inficirten Thrombus. Der Magen war normal; keine Lebercirrhose. LEFFERTS.

133) **A. J. Cabot. Münze im Oesophagus. (Coin in oesophagus.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 6. April 1899.*

Operation von aussen und Heilung. EMIL MAYER.

134) **Albert Vanderveer. Fälle von Fremdkörpern in der Speiseröhre. (Foreign bodies in the oesophagus with report of cases.)** *The Clinical review. April 1899.*

V. theilt die Krankengeschichten von 14 Fällen mit, in denen verschiedene Fremdkörper im Oesophagus eingeklemmt waren. EMIL MAYER.

135) **S. T. Mixter. Entfernung eines Pfirsichkerns durch die Oesophagotomie. (Removal of a peach stone by oesophagotomy.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 6. April 1899.*

Aeussere Oesophagotomie 6 Monate nach dem Verschlucken des Kerns. Derselbe wurde mit einer gewöhnlichen Uteruscurette entfernt. Der Pat. genas.

EMIL MAYER.

136) **A. Post. Fall von Oesophagotomie zur Entfernung eines Fremdkörpers. (A case of oesophagotomy for removal of foreign body.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 6. April 1899.*

Silbermünze 4 Tage nach dem Verschlucken entfernt. EMIL MAYER.

137) **E. L. Patterson. Oesophagusstrictur. (Stricture of the oesophagus.)** *New Albany Medical Herald.*

Verf. empfiehlt die Dilatation mittelst Bougies. EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Ludwig Jankau** (München-Planegg). **Vademecum und Taschenkalender für Ohren-, Nasen-, Rachen- und Halsärzte auf das Jahr 1899.** IV. Jahrgang. München 1899. Verlag von Seitz und Schauer.

b) **Richard Lake** (London). **Internationaler Adresskalender der Laryngologen und Otologen, enthaltend die Namen und Adressen von Aerzten, welche sich mit dem Studium und der Praxis der Laryngologie und der Otologie beschäftigen. (International Directory of Laryngologists and Otologists, containing names and addresses of practitioners engaged in the study and practice of Laryngology and Otology.)** Veröffentlicht unter den Auspicien des „Journal of Laryngology, Rhinology and Otology". London. The Rebman Publishing Company (Ltd.). 1899.

Obwohl schon aus den Titeln der beiden hier gemeinschaftlich zu besprechenden Werke hervorgeht, dass sie nicht völlig gleiche Zwecke verfolgen, — denn das deutsche stellt sich die umfangreichere Aufgabe, ein „Vademecum" für den Hals- und Ohrenarzt zu bilden, während das englische nur auf die bescheidenere Rolle eines „Adresskalenders" Anspruch macht —, so dürfte es doch zweckmässig sein, die Besprechung beider zu vereinigen. Denn abgesehen davon, dass beiden der gleiche Kernpunkt zukommt (resp. das, was ich für ihren Kernpunkt halte), nämlich das internationale Verzeichniss der sich mit Laryngologie, Rhinologie und Otologie beschäftigenden Aerzte, so decken sich die Bemerkungen und die Vorschläge, welche ich mir den Herren Herausgebern beider Werke zu machen erlauben möchte, so vollständig, dass eine gemeinschaftliche Besprechung ermüdenden Wiederholungen vorbeugen dürfte.

Der Kernpunkt beider Werke, wurde soeben bemerkt, ist das internationale Verzeichniss der sich mit Laryngologie, Rhinologie und Otologie beschäftigenden Aerzte. Ein solches Vezeichniss herzustellen, ist eine ebenso schwierige wie zeitraubende Aufgabe, und man kann beiden Herausgebern nur dankbar dafür sein, dass sie sich derselben unterzogen haben. Auch wird man angesichts der ungemeinen Schwierigkeiten, welche sich der Herstellung eines vollständigen und verlässlichen Verzeichnisses dieser Art entgegenstellen, zumal wenn das Unternehmen ein privates ist und sich nicht officieller Unterstützung erfreut, sicherlich geneigt sein, kleine Unrichtigkeiten und Auslassungen zu entschuldigen.

Sieht man die Sache in diesem Lichte an, so ist das englische in diesem Jahre zum ersten Male erschienene Werk eine ebenso erstaunliche wie rühmliche Leistung. Auf 111 Seiten bringt es zunächst eine fast vollständige Liste der Specialjournale für Laryngologie und Otologie, deren gegenwärtig ihm zu Folge nicht weniger als 26 (!) erscheinen (es fehlen dabei noch die Bresgen'schen Abhandlungen, die Haug'schen Vorträge und das Castex'sche Bulletin de Laryngologie), dann zwei Listen, von denen die erste eine alphabetisch ange-

ordnete Namensliste der sich mit den genannten Specielfächern beschäftigenden Aerzte mit Nennung der Stadt, in der sie prakticiren, darstellt, während in der zweiten sämmtliche Städte, in denen Specialärzte prakticiren, in alphabetischer Reihenfolge angeführt sind, mit den Namen der betreffenden Aerzte, ihren genaueren Adressen, und, soweit es dem Herausgeber möglich war, auch speciellen Bezeichnungen, ob sie als Specialisten für nur eines, oder für beide Fächer thätig sind, resp. ausserdem noch allgemeine Praxis treiben. Die Anlage ist eine äusserst practische.

Das erste Gefühl, wie ich gestehen muss, als ich das Werkchen durchblättert hatte, war das des Exstaunens über die colossale Anzahl der Specialisten in den beiden genannten Fächern! — Ich selbst habe ja erst ganz kürzlich in diesem Blatte die Ueberfüllung in der laryngologischen Specialität betont, aber so schlimm, das will ich offen bekennen, hatte ich mir die Sache doch selbst nicht vorgestellt! — Fast achtzehnhundert Namen zählt Mr. Lake's Werk auf, und dabei ist die Liste, wie weiterhin gezeigt werden wird, durchaus keine absolut vollständige. — Besonders merkwürdig ist die Ueberfüllung an einzelnen Orten. So soll Berlin 101 Specialisten, Breslau 23, Chicago 86, Dresden 26, Frankfurt a. Main 21, Leipzig 28, Madrid 22, München 28, New York 117 zählen, und auch an vielen kleineren Orten ist die Ueberfüllung anscheinend verhältnissmässig ebensogross. Ich nenne beispielsweise Amsterdam mit 10, Baden-Baden mit 7, Barcelona mit 8, Bonn mit 7, Bremen mit 9, Chemnitz mit 7, Heidelberg mit 9, Königsberg mit 16 Namen. —

Interessant ist es auch, die Frage der vereinten oder gesonderten Betreibung der beiden Specialitäten in den verschiedenen Ländern an der Hand des Lake-schen Adresskalenders zu verfolgen. Demselben zufolge wäre im Allgemeinen die Scheidung zwischen reinen Laryngologen und reinen Otologen in Deutschland und Oesterreich viel allgemeiner durchgeführt, als in allen andern Ländern, wo sie verhältnissmässig seltene Ausnahmen darzustellen scheint.

Allerdings kann das Werk — wie dies übrigens der Verfasser im ersten Satze seiner Vorrede selbst ausdrücklich hervorhebt — nicht auf absolute Verlässlichkeit Anspruch erheben, und zwar aus mehreren Gründen.

Zunächst dürfte es nicht leicht sein zu entscheiden, ob jedermann, dessen Name in dem Werklein genannt ist, wirklich als Specialarzt für eines der beiden Fächer, oder für beide, bezeichnet werden darf. Die literarische Bethätigung in ihnen kann selbstverständlich nur nach einer Richtung hin als Maassstab in dieser Frage gelten, denn zweifelsohne mag jemand ein ausgezeichneter praktischer Specialist sein, ohne je zur Literatur seines Faches etwas beigetragen zu haben. Immerhin aber wirkt die Anzahl der literarisch völlig unbekannten Namen in dem Lake'schen Werke sehr überraschend auf denjenigen, der sich zu erinnern vermag, wie noch vor 20 Jahren fast jeder Specialist in unserem Fache wenigstens seinen engeren Fachgenossen dem Namen nach bekannt war.

Eine zweite unbestreitbare Fehlerquelle besteht darin, dass eine ganze Anzahl verstorbener Specialisten in dem Werke als noch lebend aufgeführt sind. Ich nenne Gottstein, Kanthack (den man doch übrigens kaum als Specialarzt in unserem Fache bezeichnen konnte, so Schönes er auch wissenschaftlich für uns

geleistet hat), Georg Lewin, Michael, Michelson, Moldenhauer, Moos. O'Dwyer, Oertel. — Alle die genannten sind bekannte, zum Theil schon seit Jahren verstorbene Specialisten. Aus dieser Liste zu schliessen, wäre es nicht verwunderlich, wenn eine grössere Anzahl weniger bekannter Specialisten in dem Werke als noch lebend aufgeführt wären, die nicht mehr im Lande der Lebenden weilten.

In eine ähnliche Kategorie gehören die doppelt aufgezählten Specialisten. So sind sicher E. C. Baber (Brighton) und E. C. Baber (London), ferner O. Koerner (Frankfurt a. M.) und Prof. O. Koerner (Rostock) mit einander identisch und ich argwöhne stark, dass dasselbe mit Prof. A. F. Barth (Breslau) und A. Barth (Marburg), mit E. Fink (Hamburg) und E. Fink (Altona), mit Prof. M. Schmidt (Frankfurt a. M.) und Prof. M. Schmitz (?) ebendaselbst der Fall ist.

Weit auffallender aber, als die genannten Irrthümer und weit schwerer ins Gewicht fallend, sind die Auslassungen des Lake'schen Werkes. — Ich denke dabei in erster Stelle an das Heimathsland des Verfassers. Derjenige, der mit den Londoner laryngologischen Verhältnissen vertraut ist, wird nicht wenig erstaunt sein, wenn er findet, das unter den Namen der Londoner Laryngologen die des gegenwärtigen Präsidenten der Londoner laryngologischen Gesellschaft (Dr. F. de Havilland Hall), seines Vorgängers (M. Butlin), der Vorstände der Abtheilungen für Halskrankheiten im St. Bartholomäus-Hospital (Mr. Bowlby), im Guy's Hospital (Mr. Charters Symonds), im Middlesex (Mr. Stephen Paget), im Westminster Hospital (Mr. Spencer), und einer Anzahl anderer Londoner Aerzte, die sich theils auf den Gebieten der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten literarisch bekannt gemacht haben, theils direkt als Specialisten in diesen Gebieten prakticiren — ich nenne die Namen von Dr. Clifford Beale, Dr. Bond, Sir William Dalby, Dr. Percy Kidd, Dr. Whipham, Dr. Woakes[1]) — gänzlich fehlen! — Der blosse Umstand, dass einige dieser Herren nicht ausschliesslich als Specialisten prakticiren, kann es unmöglich sein, der das Fehlen ihrer Namen veranlasst hat, denn auf fast jeder Seite des Lake'schen Adresskalenders finden sich Namen von Collegen, die neben ihrer specialistischen Thätigkeit als Internisten, Chirurgen oder Hausärzte prakticiren. — Nach einer mir gelegentlich von dem Herausgeber gethanenen Aeusserung dürfte der wahre Grund des Nichterscheinens der Namen der genannten vielmehr der sein, dass die Betreffenden nicht in einem specialistischen Adresskalender zu figuriren wünschten! — Und dieser Grund, der Fernerstehenden recht sonderbar erscheinen könnte, wird bei näherer Kenntniss der Londoner Verhältnisse durchaus begreiflich: seit vielen Jahren sind dort periodisch Versuche gemacht worden, einen „Adresskalender der Specialisten“ erscheinen zu lassen, der dem Publikum bei der Wahl specialistischer Rathgeber behülflich sein sollte! Diese Versuche sind zwar sämmtlich daran gescheitert, dass die Mehrzahl der anständigen

---

1) Die Liste der Fehlenden mag eine bedeutend grössere sein. Ich schreibe diese Besprechung während meiner Ferien im Auslande, wo mir die Möglichkeit des Nachschlagens fehlt, und citire nach dem Gedächtniss.



Specialisten jederzeit entschieden verboten hat, ihre Namen in einem derartigen Reklameunternehmen aufzuführen, machen es aber leicht verständlich, dass manche Specialisten jedem specialistischen Adresskalender Misstrauen entgegenbringen, andere das Erscheinen ihrer Namen nicht wünschen, weil sie fürchten, dasselbe könnte seitens der medicinischen Corporationen und der praktischen Aerzte missdeutet werden. — Ich bin jedoch überzeugt, dass auch diese Collegen, wenn sie aus dem vorliegenden ersten Jahrgang des Lake'schen Kalenders gesehen haben werden, wess' Geistes Kind dies Unternehmen ist, ihre Bedenken schwinden lassen werden, und hoffe, dass der Herausgeber sich die Mühe nicht verdriessen lassen wird, bei all' diesen Herren unter Vorlegung des ersten Jahrgangs noch einmal um die Genehmigung zur Aufnahme ihrer Namen in den zweiten Jahrgang nachzusuchen. Diese Namen dürfen nicht in einem internationalen Adresskalender der Laryngologen und Otologen fehlen!

Von sonstigen Namen, die ich beim Durchblättern des Büchleins vermisst habe, nenne ich nur unseren Altmeister Gerhardt und Landgraf (Berlin), Cohen Tervaert (Amsterdam), Pugin Thornton (Canterbury), Hunter Mackenzie (Edinburgh), Riegel (Giessen). Gewiss aber wird gerade hier noch viel nachzutragen sein.

Die zahlreichsten und wunderlichsten Ungenauigkeiten des englischen Werkes finden sich in den näheren Bezeichnungen der einzelnen Specialisten. In der Einleitung sagt Mr. Lake, dass das Fehlen jeden Buchstabens vor dem Namen des betreffenden Specialisten meine, dass er als Laryngologe, Rhinologe und Otologe prakticiren, während L = Laryngologe, O = Otologe, R = Rhinologe und S = Surgeon (Chirurg) bedeute. — Nun gebe ich gern zu, dass es vielfach grosse Schwierigkeiten machen dürfte, die Grenzen der Thätigkeit mancher Specialisten correct zu charakterisiren. Die unrichtigen Angaben aber, welche sich in dem Lake'schen Werke hinsichtlich dieses Punktes finden, sind doch gar zu schlimm! — Ich wähle die einzige Stadt „Berlin" als Beispiel. — Es dürfte die Collegen Flatau, Fritsche, Grabower, Holz, Katzenstein, Kuttner, Reichert, Rosenberg nicht wenig in Erstaunen versetzen, dass sie in einem internationalen Adresskalender für Laryngologen, Rhinologen, und Otologen weder als Laryngologen, noch auch als Specialisten für beide Fächer, sondern ausschliesslich als Ohrenärzte figuriren, während als reiner Laryngologe in Berlin nur Prof. H. Krause genannt ist, und B. Fränkel, A. Hartmann, P. Heymann, Lucae sowohl Laryngologie wie auch Otologie betreiben sollen! — Aehnliche Ungenauigkeiten, resp. Unrichtigkeiten finden sich fast auf jeder Seite und ganz sicher bedarf kein Punkt des Lake'schen Werkes so sehr der bessernden Hand, als dieser.

Endlich wäre noch der ziemlich zahlreichen Irrthümer in der Schreibweise der Eigennamen zu gedenken: Averbach (statt Auerbach), Bottemund, (statt Rottermund), Broekhaert (statt Broekkaert), Desverinne (statt Desvernine), Eugenfrankel (statt Eugen Fraenkel), Gougenheim (statt Gouguenheim), Jongniere (statt Jonquière), Juraz (statt Jurasz), Knap (statt Knapp), Pimaczek (statt Pieniaczek), Przedbobski (statt Przedborski), Schaefer (statt Schäffer), Schwalbach (statt Schwa-

bach), Strübling (statt Strübing), Suchanaeck (statt Suchanneck), Thilonius (Thilenius), Trsai (statt Irsai), Trukenbügge (statt Truckenbrügge), Tsaykoglous (Tsakyroglous), Winkeler (statt Winkler), Zarnieko (statt Zarniko) — sind mir beim Durchblättern aufgefallen, ohne dass ich behaupten wollte, dass die Liste damit erschöpft sei. — Auch mit den Titeln im alphabetischen Verzeichniss wird es eben nicht genau genommen. O. Chiari (Wien), Friedrich (nicht länger in Leipzig, sondern in Kiel), P. Heymann (Berlin), Jurasz (Heidelberg), Schech (München), Seifert (Würzburg), Semon (London), Siebenmann (Basel), Störck (Wien), Strübing (Greifswald), Tobold (Berlin), Uchermann (Christiania), von Bruns (Tübingen) Zuckerkandl (Wien), Zwaardemaker (Utrecht) sind Professoren, Grünwald (München) ist es meines Wissens nicht. — Endlich finden sich mehrfache Irrthümer in den Städtenamen (Charlottenberg, Altona-an-Elbe, Langerbrücken, St. Johann-an-Saar, Coblentz, Halle-an-Saale etc.) und Strassenbezeichnungen (Newstädter Kirchstrasse, Chaufferstrasse, Rachenowerstrasse).

Trotz aller dieser Ausstellungen, die ich nur in dem von dem Herausgeber in seiner Vorrede selbst gewünschten Bestreben gemacht habe, zur erhöhten Brauchbarkeit folgender Auflagen beizutragen, stehe ich nicht an, ihn zu dem schon Erreichten zu beglückwünschen. Nur derjenige, der selbst Aehnliches versucht hat, kann die Schwierigkeiten, die sich einem solchen Unternehmen entgegenstellen, in ihrem vollen Umfange würdigen, und dass der Verfasser in einer ersten Auflage überhaupt das erreicht hat, was er uns vorlegt, ist ebenso anerkennens- als im öffentlichen Interesse dankenswerth. Die meisten der erhobenen Ausstellungen sind ja auch leicht genug zu berichtigen, und gewiss wird jede folgende Auflage die praktische Brauchbarkeit des Ganzen erhöhen. Nur mit Bezug auf die genauere Bezeichnung der Specialisten: ob Hals-, ob Ohrenarzt oder ob Beides — möchte ich mir erlauben, ihm — gerade im Interesse der praktischen Brauchbarkeit des ganzen zu rathen, recht vorsichtig zu sein! — Man nehme z. B. einmal an, dass ein Patient, der in ein fremdes Land verzogen ist, bei seinem früheren ärztlichen Rathgeber anfrägt, an wen er sich in einer gewissen Stadt wegen eines Ohrenleidens wenden solle. Der Gefragte schlägt den internationalen Adresskalender der Kehlkopfärzte und Otologen nach, stösst in der Liste der betreffenden Stadt auf einen bekannten Namen, der mit dem bezeichnenden O versehen ist, und weist seinen Patienten an, den betreffenden Collegen zu consultiren. Der Patient folgt dem gegebenen Rathschlage, wird aber, nachdem er erklärt hat, um was es sich handle, von dem consultirten Arzt bedeutet, dass er garnicht Specialist für Ohrenleiden sei! — Resultat: unerfreuliche Situation für Alle! Der Patient stottert Entschuldigungen, zieht sich verlegen zurück und schreibt entrüstet an seinen früheren Arzt, wie er ihm jemanden empfehlen könne, der gar kein Specialist für Ohrenkranke sei. Der Rathgeber, der es gut gemeint hat, ärgert sich, und nimmt sich vor, nie wieder den Angaben eines Buches zu trauen, das sich als so unzuverlässig erwiesen hat. — Das Phantasiegebilde könnte sich leicht und öfters in Wirklichkeit umsetzen! — Mir würde es daher praktisch erscheinen, sich womöglich mit allen im Buch genannten Specialisten, über deren Thätigkeit der Herausgeber nicht ganz

Sicheres weiss, wegen dieser Frage in Verbindung zu setzen (vergl. darüber weiterhin), oder, wenn dies nicht angängig sein sollte, die zweifelhaften Namen etwa mit einem U (= unbekannt, unknown) zu bezeichnen.

Ist einmal der Plan, den sich Mr. Lake bei der ersten Anlage seines Werkes gemacht hat, in möglichst vollendeter Form in Erfüllung gegangen, so hoffe ich, dass er nicht auf seinen Lorbeeren ruhen, sondern sich durch weitere Ausdehnung seines Plans bemühen wird, seinem Werke noch grössere praktische Brauchbarkeit zu verschaffen.

Da aber die Vorschläge, die ich ihm zu diesem Zwecke unterbreiten möchte, sich mit denen decken, welche ich dem Herausgeber des deutschen Werkes zu machen habe, dürfte es angemessen sein, zunächst auf die entsprechenden Abschnitte des letzteren einzugehen.

In seiner Vorrede zum diesjährigen Jahrgang sagt Dr. Jankau, dass er meiner im Centralblatt vom Januar 1898 gegebenen Anregung folgend, gesucht habe, das Verzeichniss der Docenten und Kliniken des In- und Auslandes zu vervollständigen, und dass Amerika und England neu hinzugekommen seien. Letzteres ist wohl nicht buchstäblich zu nehmen, da von allen Städten Grossbritanniens nur London, und auch diese Stadt nur recht unvollständig berücksichtigt ist, wie der Verfasser aus einem Vergleich mit der ebenfalls nichts weniger als vollständigen Lake'schen Liste entnehmen wird. Ausserdem ist die Liste mehrfach ungenau (so ist z. B. nicht mehr Mr. Butlin, sondern der überhaupt nicht genannte Mr. Bowlby Vorstand der Abtheilung für Halskrankheiten am St. Bartholomew's Hospital und Dr. de Havilland Hall, der als Dr. H. Hall aufgeführt ist und an „keinem" Hospital angestellt sein soll, ist vielmehr dirigirender Arzt am Westminster Hospital) und dann sind viele Eigennamen falsch geschrieben, einige bis zur Unkenntlichkeit entstellt. Es heisst nicht L. Brown, sondern L. Browne; nicht Cheatte, sondern Cheatle; nicht Cumberbalch, sondern Cumberbatch, nicht Lacke, sondern Lake; nicht Roughtow, sondern Boughton; nicht Sauti, sondern de Santi; nicht Spices, sondern Spicer; nicht Slotter, sondern Stoker; nicht Tuley, sondern Tilley. — Ferner ist der Buchstabe J. in den abgekürzten Titeln, die den Namen vieler englischer Collegen folgen, falsch. Er sollte ein F = Fellow sein. — Endlich möchte ich den Herrn Herausgeber bitten, in weiteren Jahrgängen mein Personale auf das Maass desjenigen meiner anderen Londoner Collegen zu reduciren. Die aus dem „Medical Directory" stammenden, gedruckten Details, die ich ihm eingesandt, sollten selbstverständlich nur zur Entnahme der für seine Zwecke wünschenswerthen Daten dienen.

Im Anschluss an den eben erwähnten Punkt möchte ich überhaupt grössere Einheitlichkeit in der Durchführung dieser Abschnitte empfehlen!

Auch innerhalb der Deutschland betreffenden Angaben finden sich auffallende Verschiedenheiten. Während bei den meisten Universitätsinstituten nur die Namen der Vorstände und Assistenten gegeben sind, finden sich bei einzelnen biographische Notizen verschiedenster Natur: Geburts- und Habilitationsjahr, Datum der Professur, frühere Anstellungen, Publicationen, Datum der Anstellung

der Assistenten, Daten der von letzteren gelesenen Curse. Das Ganze macht jedenfalls keinen methodischen Eindruck.

Ferner, sind, wie die Dinge jetzt vorliegen, Deutschland, Oesterreich-Ungarn, Russland, die Schweiz und Amerika einander ähnlich angeordnet, England nach einem verschiedenen Plane, während in Frankreich und anderen Ländern überhaupt nur Namen einzelner Specialisten genannt sind. Dabei auch hier überall merkwürdige Auslassungen! — So fehlen auch in dem Jankau'schen Werke Gerhardt und Riegel, ferner Lefferts, Bosworth, Curtis, Beverley Robinson, Freudenthal, Gleitsman (New York), French (Brooklyn), Martin, Cartaz, Castex, Baratoux, Cadier, Gellé, Lubet-Barbon, Natier, Saint-Hilaire (Paris) — genug, eine grosse Reihe sehr bekannter Specialisten! — Bei einem Vergleich seines eigenen mit dem Lake'schen Werke wird der Herausgeber sehen, wie unvollständig seine Liste ist.

Hiernach sind ebenso, wie die betreffenden Abschnitte des Lake'schen, auch die des Jankau'schen Kalenders der Verbesserung ebenso fähig wie bedürftig.

Ueberlegt man sich nun, dass beide einander verwandte Ziele anstreben, dass naturgemäss jeder der beiden Herausgeber besser mit den Verhältnissen seines Heimathlandes, als mit denen fremder Länder vertraut ist, so kommt dem wohlmeinenden Leser unwillkürlich der Gedanke: warum vereinigen sich nicht beide, um etwas Vollendeteres zu schaffen? Oder gleich noch weiter ausschauend: warum thun sich nicht zunächst die beiden Herren zusammen, cooptiren einen französischen und einen amerikanischen Mitredacteur sowie regelmässige Mitarbeiter in allen Ländern, in welchen beide Specialitäten floriren, und lassen dann einen wirklich internationalen Adresskalender der Laryngologen, Rhinologen und Otologen alljährlich in deutscher, französischer und englischer Sprache erscheinen?

Das wäre ein äusserst verdienstvolles und, wie ich glaube, auch pecuniär aussichtsreiches Unternehmen, das jetzt, wo das Eis einmal gebrochen ist, und die Adressen jedenfalls der grossen Majorität der Specialisten bekannt ist, technisch nicht einmal übergrosse Schwierigkeiten bieten dürfte.

Sollte mein Vorschlag Anklang finden, so würde ich den Herren weiterhin vorschlagen, dass sie sich über die biographischen und sonstigen Punkte verständigen, über welche sie Notizen zu bringen wünschen, und dann alljährlich jedem ihnen bekannten Specialisten einen gedruckten Fragebogen mit den einschlägigen Fragen senden, die der Adressat ausgefüllt zurückzusenden hat. Das thut das bereits erwähnte englische Medical Directory seit vielen Jahren mit dem glänzendsten Erfolge, was Vollständigkeit, Genauigkeit und Gleichförmigkeit der gegebenen Daten betrifft.

Allmälig sollte dann das gemeinsame Unternehmen zu einem wirklichen internationalen Vademecum für den Specialisten ausgebaut werden!

Zunächst wäre der jetzt schon von beiden Werken gegebenen Liste der Specialjournale eine ebensolche der Specialgesellschaften mit Angabe der

Sitzungslocale, der Daten der Sitzungen, und der Präsidenten, Schriftführer und Bibliothekare hinzuzufügen.

Dann weiss der Specialist, der sich in fremder Stadt aufhält und einer Sitzung der ihn interessirenden Gesellschaft zu besuchen wünscht, an wen er sich zu wenden hat; der Autor, der der Bibliothek jeder Specialgesellschaft ein Exemplar einer von ihm verfassten Arbeit zu verehren wünscht, an welche Adresse er seine Sendung zu richten hat.

Von dem gleichen Standpunkt praktischer Brauchbarkeit möchte ich auch dringend meinen schon früher ausgesprochenen Wunsch wiederholen, dass den Bezeichnungen der Universitätsinstitute und Specialhospitäler die genaue Adresse derselben, sowie die Stunden der Klinik, resp. der Vorträge und Operationen beigefügt werden möchten! — Bei den Weltstädten (London, Paris, Berlin, Wien, New York), in welchen viele Universitäts- und Privatkliniken nebeneinander bestehen, würde es sich ungemein empfehlen, der Liste derselben (die ja alle möglichen Details bringen könnte) eine tabellarische Uebersicht anzufügen, die es dem zu kurzem Aufenthalt anwesenden fremden Specialisten ermöglicht, auf einen Blick zu sehen, wie er jeden Tag und jede Stunde nutzbringend verwerthen und dabei möglichst Vieles sehen kann! Wer, wie ich, immer und immer wieder Gelegenheit hat, zu beobachten, wie hülflos mangels eines solchen „Special-Bädeker's" der Landessprache wenig mächtige fremde Collegen in Weltstädten anfangs dastehen, wird mit mir darin übereinstimmen, dass derjenige oder diejenigen, die mein Pium desiderium erfüllen, sich dadurch ein wirkliches Verdienst um seine Specialität erwerben würden!

Endlich sollte ein solcher internationaler Adresskalender durch Hinzufügung allgemein wichtiger und interessanter Notizen zu einem unentbehrlichen Nachschlagebuch für alle Specialisten gemacht werden. In dieser Beziehung ist bereits in den betreffenden Abschnitten des Jankau'schen Buches ein trefflicher Grundstock gegeben, der mit Vortheil zum Ausgangspunkt eines internationalen Vademecum wird gemacht werden können. Die Details darüber, was aufzunehmen, was auszuschliessen, was zu modificiren sei, müssten natürlich von der von mir im Geiste gesehenen internationalen Redactionscommission bestimmt werden. Abschnitte, die nicht wirklich von ganz specialistischem Interesse sind und die man leicht anderswo finden kann, ebenso wie alle individuellen, subjectiven, casuistischen Paragraphen würde ich principiell ausschliessen; solche von rein specialistischem Interesse ausführlich genug geben, dass sie trotz aller Kürze praktisch brauchbar sind.

In diesen beiden Worten: „praktisch brauchbar" liegt der Schlüssel zur Ausführlichkeit dieser Besprechung. Ich würde ein Unternehmen, wie das skizzirte, zu welchem die beiden besprochenen Werke ein so gutes Fundament gelegt haben, für ein äusserst wichtiges Bindeglied der Specialisten in allen Ländern halten und würde es mit meinen wärmsten Wünschen begleiten.

Felix Semon.

---

c) Belgische oto-laryngologische Gesellschaft in Brüssel.

Sitzung vom 19. Juni 1898.

Vorsitzender: Ch. Delstanche.

Anwesend sind 23 Mitglieder und 6 Gäste.

In der Vormittagssitzung werden nach der Begrüssung der Gäste durch den Präsidenten und der Erledigung der Bureauangelegenheiten durch den Secretär Buys und Schatzmeister Cheval, Kranke vorgeführt, anatomische und histologische Präparate demonstrirt und Instrumente vorgezeigt.

Bayer stellt eine Kranke vor, welche er auf intralaryngealem Wege von einer beinahe vollständigen Stenose des Larynx durch tuberculöse Wucherungen operativ befreit und zur Heilung gebracht hatte; ferner ein junges 16jähriges Mädchen mit einem angeborenen membranösen Diaphragma des Nasenrachenraums, das eine circuläre Membran darstellt, welche sich von dem unteren Rand der Ohrtrompeten nach oben gegen das Rachengewölbe hinzieht, um sich an Stelle der Nasenrachentonsille zu inseriren, in der Mitte durch eine weite Oeffnung mit der Nasenhöhle communicirend.

Delsaux stellt eine Kranke vor mit ausgeheilten tuberculösen Geschwüren der Epiglottis, des Stimmbandes und der pharyngoepiglottischen Falte rechterseits; Milchsäurebehandlung nach Heryng; ungefähr die Hälfte der Epiglottis ist verschwunden und auf dem rechten Stimmband die Narbenbildung kaum mehr zu erkennen; ferner einen Fall von Fremdkörper des Kehlkopfs — Knochensplitter, triangulär, 26 mm lang, 22 mm breit und $1\frac{1}{2}$ mm dick —, welcher 6 Monate lang im subglottischen Raume verweilt hatte; Extraction vermittelst der Schmidt-schen Zange.

Higuet stellt ein $5\frac{1}{2}$jähriges Kind vor, welchem er einen voluminösen, fibromucösen, in den Nasenrachenraum hinabhängenden Polypen der rechten Nasenhöhle entfernt hatte durch einen kräftigen Zug auf den Stiel des Polypen vermittelst des in den Nasenrachenraum eingeführten Fingers; ferner eine Frau mit Pharynxtuberculose: oberflächlich und langsam sich entwickelnde Geschwüre, einen wirklichen Lupus des Pharynx darstellend; schliesslich erwähnt er noch eines Falles von Epitheliom der Nasenscheidewand bei einem 9jährigen Kinde auf lupösem Boden.

Buys und Labarre zeigen das Präparat und histologische Schnitte eines Falles von cystischer Degenerescenz der Mandeln vor, eigentlich histologisch ein „gutartiges Epitheliom der Mandel mit cystischer Degenerescenz“ darstellend.

Delstanche sen. theilt ein neues Verfahren zur Behandlung von Nasenstenosen mit nach dem Vorgang von Bendelak Hewetson. Es besteht in der forcirten Dilatation von in Folge übermässiger Annäherung der Nasenwände verengten Nasengängen, sei es congenitalen Ursprungs, sei es in Folge von adenoiden Vegetationen. D. bedient sich dazu einer Zange, wie sie zur Geraderichtung des

Septum dient. Er hat bis jetzt 65 Fälle nach dieser Methode operirt und will damit die besten Resultate erzielt haben.

Janquet erwähnt ein von Lenoir geübtes Verfahren zur forcirten doppelseitigen Dilatation beiderseitiger Stenosen mittelst einer Art Forceps, dessen Branchen gesondert je in die eine und andere Nasenhöhle eingeführt und dann geschlossen werden. Das Verfahren hat den Vortheil, dass es die Nasenscheidewand schont und zwei Operationen auf eine reducirt.

In der Nachmittagssitzung kommt die chirurgische Behandlung der Siebbeinzellenempyeme zur Besprechung. Referenten sind Goris und Janquet.

Goris bespricht zuvörderst die anatomischen Verhältnisse der Siebbeinzellen und geht dann zur Diagnose des Empyems derselben über. Er erwähnt nebenbei einen von ihm operirten Fall, bei welchem die Ethmoiditis auf die Bulla ethmoid. beschränkt war. Nach einer kurzen Berücksichtigung der Aetiologie kommt er eingehend auf die Behandlung zu sprechen; dieselbe kann stattfinden von den natürlichen Oeffnungen der Nase aus, und ist indicirt in den leichten Fällen. Bei Recidiven oder wenn das ganze Siebbein ergriffen ist, muss nach den Regeln der allgemeinen Chirurgie vorgegangen werden. Um dem Siebbein beizukommen, stehen zwei Wege offen, erstens der von der Augenhöhle her und zweitens der von der Nase her; letztere besteht in Incision der Wangennasenfurche, Section der aufsteigenden Apophyse des Oberkiefers und vollständiger Luxation der betreffenden Nasenhälfte, Resection der mittleren Muschel, Eröffnung und Reclage der ergriffenen Zellen.

G. führt noch eine neue ihm von Prof. Bardenheuer aus Köln mitgetheilte Methode an, welche derselbe aus cosmetischen Rücksichten bei zwei Damen ausgeführt hatte, die beide an Empyem der Sin. maxillares, frontales und ethmoidales beider Nasenhöhlen litten. B. operirte in einer Sitzung die verschiedenen Empyeme, indem er subcutan von der einen bis zur anderen Oberkieferprotuberanz alle Weichtheile vom Knochen lostrennte, ebenso die Nasenknorpel, dann die ganze Gesichtsmaske nach der Stirn hinaufschlug, die Nasenbeine luxirte, die Stirnhöhlen trepanirte, die Siebbeinzellen ausräumte und schliesslich die Sin. maxill. eröffnete, indem er die äussere Wand der Nasenhöhlen einbrach. Nachdem nun alle Höhlen gereinigt, brachte er die Gesichtsmaske mit ihren Weichtheilen wieder in ihre normale Lage zurück, so dass keine Spur einer Operation mehr zu sehen war. Beide Patientinnen sind vortrefflich geheilt.

B. ist der Ansicht, man thue besser daran, die Operation wegen des grossen Blutverlustes in zwei Sitzungen auszuführen.

Janquet spricht besonders der intranasalen Behandlung das Wort, wo es nur irgendwie angeht und detaillirt die Operationsweisen; kommt man damit nicht zum Ziel, so muss man von aussen her, von der Orbita oder dem Gesichte aus den Siebbeinzellen beikommen. J. giebt der Chipault'schen Methode den Vorzug (Schnitt längs des unteren Augenbrauenrandes bis gegen die Mittellinie, sodann die Nasofrontalfalte verfolgend bis zur Nasenwurzel); damit könne man allenfalls die Stirn-, Siebbein- und Keilbeinhöhlen eröffnen. — Ein anderes Vorgehen, das

von Rouge aus Lausanne, besteht in der Lostrennung der Gesichtsdecken: an den von der Oberlippe und den oberen Zahnfleischtheilen gebildeten Blindsäcken einschneidend, schlägt man die Weichtheile nach oben zurück, wodurch man sich vor den weit geöffneten Nasenhöhlen befinde und direct den Nasennebenhöhlen beikommen und sie in einer Sitzung operiren könne. — Die Operation auf künstlichem Wege von aussen her ist besonders indicirt, wenn die Siebbeineiterungen complicirt sind mit Eiterungen der anderen Nebenhöhlen; aber trotz aller glänzender Erfolge mit den chirurgischen Eingriffen müsse man mit den Versprechungen auf definitive Heilung vorsichtig sein.

An der Discussion nehmen ausser Goris, welcher Janquet bis auf einen Punkt beistimmt, nämlich den der absoluten Unschädlichkeit intranasaler Operationen, was übrigens letzterer nachträglich zugiebt, noch Buys und Rousseaux theil. Buys führt noch das Verfahren von Jansen in Berlin an, welches Rousseaux verwirft, weil es die Eröffnung gesunder Sinus erheische, und diese dadurch nothwendiger Weise einer nachträglichen Infection ausgesetzt würden.

Darauf theilt Delie Bemerkungen mit über adenoide Vegetationen bei Erwachsenen. Er führt 2 Fälle an von Transformation resp. pathologischer Degenerescenz des adenoiden Gewebes; bei dem einen Fall handelte es sich um eine sarcomatöse Degenerescenz und bei dem andern um eine Transformation in Lymphadenom. Er legt Werth auf 3 Punkte: 1. auf genaue Untersuchung des Nasenrachenraums Erwachsener mit adenoidem Habitus; 2. aussergewöhnlich entwickelte Vegetationen bei Erwachsenen verdienen ein „heilsames“ Misstrauen und müssen 3. ohne Verzug und von Grund aus exstirpirt, besonders aus allen Winkeln verdächtige Gewebselemente gründlich entfernt werden.

In der Discussion erwähnen Delstanche, Rousseaux und Janquet einschlägige Fälle aus ihrer Praxis.

Delsaux giebt die Mittheilung einer Beobachtung von acutem Abscess des Kehlkopfeingangs in der Gegend des rechten Aryknorpels bei einem 65jährigen Manne, welcher sich innerhalb 4 Tage entwickelt hatte; er eröffnete den Abscess unter Cocain und Holocain; Heilung. Darauf bringt er im Namen

Delstanche's die Geschichte und schliessliche Entfernung eines „Pseudorhinolithen“ vor: der betreffende Fall war schon im Jahre 1888 auf dem internationalen otologischen Congress in Brüssel als „Rhinolith“ vorgestellt worden: erst nach 9 Jahren wurde die Operation gestattet, wobei sich herausstellte, dass man es mit einem gestielt aufsitzenden Osteom zu thun hatte.

Posthumus Meyjes (Amsterdam) führt einen Fall von Pneumatocele des Sinus frontalis mit vorübergehender Verlegung der Nasencommunication und verstärkten Druck auf das Sinusinnere an, wodurch eine Atrophie der vorderen Wand herbeigeführt worden war. Operation. Heilung.

Zum Schlusse theilt Labarre noch einen Fall von fibromucösen Polypen der Nasenhöhle eines $5^1/_2$jährigen Kindes mit, der nach einem Monat

Verweilens in Alkohol noch über 40,0 g wog. Operation in Narkose vermittelst des in den Nasenrachenraum eingeführten Fingers ohne Schwierigkeit; das Kind wurde in der Vormittagssitzung von Higuet vorgestellt.

Für das beginnende Jahr sind Boland (Verviers) zum Präsidenten, Hennebert (Brüssel) zum Secretär und Delsaux (Brüssel) zum Schatzmeister gewählt.

Bayer.

---

d) Sitzungs-Berichte der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte.

V. Sitzung vom 6. October 1898.

Vorsitzender: v. Navratil. Secretär: Polyák.

1. v. Navratil: Kehlkopfcarcinom.

v. N. stellt einen heute ins Spital aufgenommenen, seit 10 Jahren an Heiserkeit leidenden Kranken vor; 6 Jahre lang wird er erfolglos behandelt. Gesicht und Lippen sind cyanotisch, die Athmung laut und pfeifend, Larynxschleimhaut stark geröthet. An der Stelle des rechten wahren und des falschen Stimmbandes sitzt ein ungefähr wallnussgrosser Tumor, dessen Oberfläche uneben, blumenkohlartig exulcerirt und von der Umgebung abgegrenzt ist. Sein vorderer Rand erreicht die Mittellinie, der hintere reicht bis zur Arytenoidalgegend. Hals- und Submaxillardrüsen nicht vergrössert.

v. Navratil wird schon morgen an dem Kranken, welcher an chronischem Bronchialkatarrh leidet, die Tracheotomia ima machen und dann nach erfolgter Heilung der Trachealwunde und insbesondere Besserung des Bronchialkatarrhs die Neubilduug mittelst partieller Kehlkopfresection entfernen. Vorerst wird er, wie in allen bisherigen von ihm operirten Fällen, auch in diesem Falle endolaryngeal ein Partikelchen der Geschwulst entfernen, um die Diagnose histologisch erhärten zu können.

2. v. Linárt: Geheilter und recidivirter Fall von Chorditis vocalis inferior hypertrophica.

v. Linárt stellt einen Fall von Larynxstenose aus der v. Navratil'schen Klinik vor, die durch Laryngitis hypoglottica bedingt ist. Die Tracheotomie musste wegen Erstickungsgefahr schleunigst vorgenommen werden. Die Stenose wurde durch systematische Dilatation mit O'Dwyer'schen Tuben allmälig behoben, jener Wulst, der sich unter der vorderen Commissur befand und trotz der Behandlung unverändert in das Larynxlumen hineinragte, wurde nach Spaltung der vorn zusammengewachsenen Stimmbänder mit dem Flachbrenner abgetragen. Nach sechmonatlicher Behandlung konnte die Trachealcanüle enfernt und der Kranke geheilt entlassen werden.



Nach zwei Monaten stellt sich der Pat. mit Recidiv vor; die Wülste unter den Stimmbändern ragen wieder in das Larynxlumen hinein und verengern die Glottisspalte in solchem Grade, dass die Tracheotomie abermals vorgenommen werden muss.

3. Zwillinger: Primäres Carcinom des weichen Gaumens.

Pat. 53 Jahre alter Kesselheizer, stellt sich mit der Klage vor, seit vier Tagen an Schlingbeschwerden zu leiden. Lues negirt er, giebt aber an, am Penis eine Wunde gehabt zu haben.

Der schlecht genährte, kachektisch aussehende Mann ist nicht mehr im Stande, seinen Mund vollständig zu öffnen. Die rechte Hälfte des weichen Gaumens bildet eine formlose, verdickte, ulcerirte Masse, die obere Grenze der von unebenen, buchtigen, gewulsteten Rändern umgebene Geschwürfläche befindet sich am Uebergange des weichen in den harten Gaumen, hier ist der Rand blassgelblich, hart, etwas ödematös durchscheinend, nach links bildet die ödematöse Uvula und das stark verdrängte Gaumensegel die Grenze. Nach unten ist nach Niederdrücken des Zungengrundes der Tumor theils dem letzteren aufliegend, theils frei hinunterhängend sichtbar.

Am rechten Rande des Zungengrundes befindet sich ein fingerspitzgrosser Tumor. Der Arcus palatoglossus fehlt, ebenso die rechte Tonsille, die Stelle derselben ist von grauweisslichem, nekrotischem Gewebe bedeckt. Nach oben und rechts geht der Tumor, die intramaxillare Falte infiltrirend, in den oberen zahnlosen Processus alveolaris über. Auf dem unebenen, vertieften Geschwürsgrunde wechseln mit grau-weisslichem Belag bedeckte Stellen mit lebhaft röthlich-grauen Partien ab. Mittelst Sonde ist die hintere Fläche des Tumors sowie der Nasenrachenraum abzutasten. Von Bewegung keine Spur. Der Kehlkopf frei, Respiration und Stimme normal. Die Unterkieferdrüsen rechts geschwellt, hart.

Was die Behandlung dieses Falles betrifft, so kann bei der Ausbreitung des Tumors an eine buccale Operation nicht gedacht werden. Es muss die Pharyngotomie und so die Entfernung alles Krankhaften versucht werden. Beherzigenswerth ist der Vorschlag von Mikulicz, der in diesen Fällen, um die Mundsperre zu vermeiden, den aufsteigenden Ast des Unterkiefers resecirt. Ob der Operation eine Tracheotomie vorauszugehen habe, wird von den Erfahrungen des Operateurs abhängen.

Baumgarten: Ich habe den Fall zwar mittelst Sonde nicht untersucht, habe aber dennoch den Eindruck gewonnen, dass der Tumor auf die Wirbel übergreift und aus diesem Grunde halte ich die Operation für contraindicirt.

Zwillinger: Die Sondenuntersuchung habe ich vorgenommen, bin aber nirgends auf Knochen gerathen, der untere Rand des Geschwüres entspricht dem freien Rande des weichen Gaumens, er greift nicht auf die hintere Pharynxwand über.

4. Morelli: Multiples Angiom der Zunge.

Vorstellender fand in der Literatur einen einzigen ähnlichen Fall, der im

Jahre 1894 von Schwimmer demonstrirt wurde. Nach Mikulicz und Kümmel soll Jullian im Jahre 1886 ähnliche Fälle beschrieben haben.

Pat. litt seit ihrem 10. Lebensjahre an häufigen Nasenblutungen, vor 24 Jahren bemerkte sie, dass ihre Zunge blutete. Vor 14 Jahren suchte Pat. Vorstellenden das erste Mal wegen Blutungen der Zunge auf, die auf Bepinselungen mit 30proc. Tanninglycerin sistirten. Die Blutungen wiederholten sich vor 5 Jahren abermals; in der Mittellinie und an der Spitze der Zunge sah man circa 24 stecknadelkopf- bis linsengrosse, bräunliche, hie und da röthliche, glatte Knötchen, die die zeitweise auftretenden Blutungen verursachten. Die Mutter der Pat. soll angeblich an ähnlichem Zungenleiden gelitten haben.

Die Knötchen nehmen nach Beobachtung des Vorstellenden an Zahl und Grösse zu, in der letzten Zeit treten ähnliche Veränderungen im Gesicht, an Ohrmuschel, Brust und auf den Fingern auf.

Vorstellender hält es für indicirt, die kleinen Neubildungen der Zunge auf galvanokaustischem Wege zu zerstören.

5. Baumgarten: Primäres Kehlkopf-Sklerom.

Das jetzt 20jährige Mädchen wurde vor 3 Jahren heiser, ihr Athmen wurde immer schwerer, die Stimme kehrte nie mehr zurück. Sie wurde vor 2 Jahren längere Zeit an Halskliniken behandelt, jedoch ohne Erfolg, worauf sie einige Zeit ohne Behandlung blieb. Seit einem Jahre ist sie tonlos, das Athmen erschwerter und lärmend. Seit einigen Wochen bekommt sie täglich 2 bis 3 stärkere Erstickungsanfälle, wobei sie ganz blau wird; Schmerzen hat sie nicht, in der Familie keine ähnliche Erkrankung, auch in ihrem Heimathsdorfe nicht.

Patientin, die sich in der Poliklinik auf der Abtheilung des Vortragenden meldete, zeigte damals folgenden Status: Innere Organe normal, Sputum ohne Bacillen. Die Schleimhäute des mageren Mädchens anämisch, Rachen und Kehldeckel normal. Die aryepiglottischen Falten infiltrirt, verdickt, bewegen sich schlechter. Die Schleimhaut überall anämisch, im Innern des Kehlkopfes mit weissen, kleinen, eingetrockneten Bläschen bedeckt. Die falschen Stimmbänder hypertrophisch, verdickt, ebenso die Interarytänoidalfalte, die wahren Stimmbänder grösstentheils verdeckt. Die Schleimhaut unterhalb der Stimmbänder und diejenige der hinteren Wand wulstig vorgetrieben, verdickt, wodurch der untere Antheil des Kehlkopfes und der Trachea wesentlich verengert erscheint. Die Verengerung ist eine trichterförmige und dreieckige.

Bei zufälliger Untersuchung der Nase war links eine vom knorpeligen Septum ausgehende, halbmandelgrosse Geschwulst sichtbar, die bei Berührung leicht blutete, in ihrem unteren Antheile knorpelhart, in ihrem oberen Antheile um vieles weicher ist. Patientin hatte vom Vorhandensein dieser Geschwulst keine Ahnung, doch erinnert sie sich, letztere Zeit einige Male Nasenbluten gehabt zu haben. Die vom Secrete der Nase und Kehle gemachten Strich- und Sticheulturen sind sogleich gelungen und die gefärbten Culturen sind im Mikroskope schön zu sehen, so dass die Diagnose ausser Zweifel gestellt ist.

Patientin wurde angewiesen, bei Wiederholung der Erstickungsanfälle sofort

in das Spital zu eilen, um die Tracheotomie vornehmen zu lassen. Es gelang gleich das erste Mal, eine Schroetter'sche Hartgummiröhre No. 5 auf einige Minuten einzuführen, den zweiten Tag schon auf 10 Minuten, so dass die Patientin schon die zweite Nacht ohne Erstickungsanfälle verbrachte. Patientin ist seit 10 Tagen in Behandlung, das Rohr No. 5 kann schon leichter eingeführt werden und verträgt sie dasselbe über eine Viertelstunde. Die Stimme ist noch sehr heiser, das Athmen beinahe lautlos. Die Schwellung der falschen Stimmbänder bedeutend verringert, die wahren Stimmbänder schon ganz sichtbar, die subglottischen Wülste wesentlich kleiner.

Vortragender hat schon einige primäre Kehlkopfsklerome gesehen und demonstrirt, doch waren in den anderen Fällen mehr oder weniger Knötchen zu sehen, wie dies in der Nase der Fall ist. Hier hingegen ist das Sklerom diffus und auf die ganze Schleimlaut des Kehlkopfes gleichmässig verbreitet.

Der Knoten in der Nase ist gewiss bloss jüngeren Datums, es ist das erste Mal, dass Vortragender eine weichere Stelle eines solchen Knotens sah und da der Befund ein zufälliger war, glaubt er, dass das Rhinosklerom im Beginne nicht gleich knorpelhart sein müsse.

VI. Sitzung vom 13. October 1898.

Vorsitzender: von Navratil; Secretär: Polyák.

1. Polyak: Beiderseitiges Stirn-, Keilbein- und Siebbeinzellen-Empyem.

Die 38 J. alte Patientin leidet seit 8 Jahren an heftigen linksseitigen Schmerzen in der Stirne, zu welchen sich später auch solche der rechten Seite gesellten, hat einen eitrigen, zeitweise etwas fötiden Ausfluss aus beiden Nasenlöchern, die Nasenathmung wurde von Jahr zu Jahr erschwerter, seit 2 Jahren sind beide Nasenlöcher gänzlich verstopft.

Beide Nasengänge sind durch Polypen, zwischen welchen etwas dünner Eiter sickerte, gänzlich verlegt. Nach der Extraction dieser Polypen, bei welcher Gelegenheit in Verbindung mit diesen auch mehrere dünne, rareficirte Siebbeinplättchen mitextrahirt wurden, fand Verf. beide untere Muscheln hochgradig hypertrophisch, die mittleren Muscheln stark aufgetrieben, polypös degenerirt, mit Eiter gefüllt und ausserdem floss reichlich Eiter von beiden mittleren Nasengängen herab.

P. entfernte nach und nach beiderseits die kranke mittlere Muschel und resecirte die Hypertrophien an den unteren Muscheln. Nach Entfernung der mittleren Muscheln wurden beiderseits die Oeffnungen der Ausführungsgänge beider Stirnhöhlen und auch beider Keilbeinhöhlen, aus welchen reichlich Eiter floss, sichtbar.

Die weitere Behandlung bestand in der weiten Eröffnung und Auskratzung der ebenfalls kranken hinteren Siebbeinzellen und beider Keilbeinhöhlen. Gegenwärtig besteht nur noch, jedoch in viel geringerem Maasse, die Eiterung beider

Stirnhöhlen und einer rechtsseitigen hinteren Siebbeinzelle. Die Stirnhöhlen werden täglich durch die natürliche Oeffnung durchgespült und zeitweise mit Lapislösung geätzt.

Patientin vertrug die energische Behandlung recht gut, reagirte nur wenig auf die Eingriffe, die Kopfschmerzen haben ganz aufgehört, das Befinden ist ein sehr gutes, das Körpergewicht hat um 7 kg zugenommen. Der Fall bietet für die Nebenhöhlen die bequemsten anatomischen Studien in vivo; interessant ist ferner, dass bei solch ausgebreiteten Sinuseiterungen die Kieferhöhlen frei blieben, wovon ich mich durch Probepunction und nachfolgender Durchspülung überzeugt habe.

2. v. Navratil: Fälle von Kehlkopftuberculose.

Nach einem Ueberblick über die Literatur der verschiedenen Methoden, mittelst derer die Heilung der Kehlkopftuberculose auf operativem Wege versucht worden ist und über sämmtliche operirten Fälle und deren Resultate stellt v. N. auf Grund seiner Erfahrungen folgende Indication der Operation auf:

Indicirt ist die Entfernung der krankhaften Herde mittelst Laryngofission, wenn: die Veränderungen circumscript sind, so dass man hoffen kann, dass alles Krankhafte entfernt werden kann; wenn das Allgemeinbefinden und der Lungenzustand befriedigend sind und endlich noch wenn wegen Dyspnoe die Tracheotomie eventuell schon gemacht wurde.

Zur Illustration demonstrirt N. folgende Fälle:

I. J. R., 27 Jahre alte, gut genährte Frau, seit 3 Jahren zunehmende Heiserkeit, Athmen dyspnoetisch: die Krankheit soll nach einer Erkältung plötzlich aufgetreten sein. Ueber der rechten Lungenspitze etwas gedämpfter Percussionsschall, rauhes Inspirationsgeräusch, verlängertes Exspirium. Links am Ende der Inspiration Rasselgeräsche.

Auf dem rechten Taschenband ein circa haselnussgrosses, blassrothes, in das Kehlkopflumen hineinragendes Infiltrat mit unebener Oberfläche, und grauem Belag, die Ränder von der Umgebung ziemlich abgegrenzt. Aehnlichen Charakter zeigt auch das Infiltrat der interarytänoidealen Region.

Temperatur normal, Abends etwas Husten.

II. H. J., 37 Jahre alter Mann. Seit einem Jahre heiser, seine Krankheit führt er auf Verkühlung zurück. Gut genährt. Ueber beiden Lungenspitzen gedämpfter Percussionsschall, rauhes Inspirium, Exspirium verlängert.

Am hinteren Dritttheil des linken Taschenbandes, parallel mit dem Stimmbande, ein längliches, oberflächliches, bohnengrosses, circumscriptes Infiltrat.

Pat. hustet, Abendtemperatur normal, zeitweise Nachtschweiss.

Baumgarten: Beim 1. Fall würde ich endolaryngeal operiren: es ist zwar fraglich, ob ich alles Pathologische so entfernen könnte, aber meines Erachtens ist es möglich. Wohl ist das Verfahren auf extralaryngealem Wege viel genauer und gründlicher, doch hege ich Befürchtungen betreffs der Reaction der Kranken nach der Operation.

Némai: Ich bin seit jüngster Zeit kein Freund von operativen Eingriffen bei Kehlkopftuberculose; wenn wir auch mit vieler Mühe durch Auskratzen, Milchsäurecur etc. gute Resultate erzielen, überleben es die Kranken nicht lange.

Auf endolaryngealem Wege greife ich die bedeckten Infiltrate nicht, sondern bloss die Geschwüre an, um nicht die bedeckten Infiltrate auch in Geschwüre zu verwandeln, um so weniger, da ich auch nicht sicher bin, dieselben gänzlich ausschaben zu können.

Dass die tuberculösen Partikel nach Spaltung des Kehlkopfes excochleirt werden, wie bei Knochen- und Knorpeltuberculose, muss man principiell zugeben, nur sind die Fälle gut zu wählen, damit nicht der Kranke in 1—2 Monaten an Lungenphthise zu Grunde gehe. Natürlich hängt die Wahl des Kranken und die Aufstellung der Indicationen immer von der Einsicht des betreffenden Arztes ab.

Bei Kehlkopftuberculose, welche zu Stricturen geführt hat, ist die Tracheotomie am Platze, denn dadurch wird der Kehlkopf in Ruhe versetzt und die Lunge enthält mehr Oxygen. Meine einschlägigen Erfahrungen stimmen mit denen Schmidt's überein. Ich halte bei Kehlkopftuberculose die Tracheotomie für indicirt, und zwar als therapeutischen Factor und deshalb nicht in ultimis. sondern noch bei Zeiten. Von da ist nur mehr ein Schritt zur Spaltung und Excochleation.

Bei den vorgeführten Fällen will ich nicht mit meiner Meinung präjudiciren, aber ich würde bei keinem dieser Kranken den Kehlkopf öffnen, im 2. Fall aus dem Grunde nicht, weil der Process gutartig zu sein scheint, und auf Jodoleinblasungen und Milchsäurebehandlung eine Besserung zeigt. Hält aber Jemand diesen Fall für geeignet dazu, den Kehlkopf zu spalten und auszuschaben, so würde ich den Eingriff nicht contraindiciren, sondern schon aus dem Grunde beistimmen, um unsere Erfahrungen zu bereichern, da wir doch dem Kranken keinesfalls schaden.

Beim 1. Fall ist jede Mühe vergebens, denn die Kranke, die jetzt fieberlos ist, wird später gewiss fiebern und ihre Krankheit wird sich verschlimmern: freilich würden wir bei ihr auch wenig riskiren. Bezüglich des endolaryngealen Curettements bin ich nicht der Ansicht Baumgartens.

Zwillinger: Was die Laryngofissіon und die Entfernung der tuberculösen Theile anbelangt, gebe ich theoretisch zu, dass es solche Fälle giebt, wo der Allgemeinzustand diese Eingriffe gestattet, aber ich glaube, dass die Operation den Allgemeinzustand schädlich beeinflusst.

Polyák: Wenn bei Larynxtuberculose von operativen Eingriffen die Rede ist, so kommen theoretisch dieselben Indicationen und Forderungen in Betracht bei endolaryngealen Operationen, wie bei Laryngofissіon, mit dem Zusatze, dass bei letzterer die Ansichten einer gründlichen Excochleation viel sicherer sind.

Bei dem Eingriffe ist die Methode weniger wichtig; maassgebend ist vorzüglich der allgemeine und der Lungenzustand, denn es wäre nicht recht, ohne Aussicht auf dauernden Erfolg zu operiren.

Punctum saliens der Kehlkopfbehandlung bildet die Frage, ob wir im Stande sind, gleichzeitig die Besserung des Lungenprocesses und des Allgemeinbefindens zu erzielen. In Sanatorien, in den besten Verhältnissen, ist es zweckmässig, die Larynxtuberculose auch chirurgisch zu behandeln, freilich nur in auserwählten, eine gute Prognose bietenden Fällen, wo wir wissen, dass der Kranke die peinliche Behandlung nicht vergebens erdultet, wo die Aussicht auf ein dauerndes Re-

sultat vorhanden ist; wo dies nicht der Fall ist, würde ich weder endo- noch extralaryngeal operiren, da ich die Argumentation, der Kranke verliere dabei nichts, nicht acceptire.

Den I. Fall betreffend glaube ich, dass hier der chirurgische Eingriff nicht mehr indicirt ist, da in diesem Falle an der Epiglottis miliare Eruptionen zugegen sind, in Folge welcher nicht nur die locale, sondern auch die allgemeine Prognose sich sehr ungünstig stellt.

v. Navratil: Ich bin ganz einverstanden damit, dass bei Kehlkopftuberculose, ein jedes Verfahren, das milder und schonender ist, versucht werde. Bei einem umschriebenem Infiltrate aber, falls es sich zeigt, dass ich auf anderem Wege, z. B. auf locale Behandlung, keine Besserung, keine Rückbildung einstellt, und der allgemeine Zustand des Kranken ein zufriedenstellender ist, bin ich entschieden für den chirurgischen Eingriff.

Im gegenwärtigen Falle würde Baumgarten endolaryngeal, Némai in anbetracht dessen, dass das Infiltrat gedeckt ist, überhaupt nicht eingreifen. Wir haben hier schon verschiedene Behandlungsweisen versucht, jedoch ohne Erfolg, denn die Veränderungen blieben stationär. Der allgemeine Zustand ist befriedigend, Fieber ist nicht vorhanden, Pat. husten wenig, deren Widerstandsfähigkeit ist eine ausreichende, um einen chirurgischen Einfluss zu versuchen, nur handelt es sich darum, ob wir endolaryngeal, oder mittelst Laryngofissur operiren sollen. In Anbetracht der grossen circumscripten Knoten, und dem Umstande, dass ich nicht davon überzeugt bin, ob ich auf endolaryngealem Wege alles Krankhafte zu entfernen im Stande bin, mache ich die Laryngofission; diese ist ein nicht viel grösserer Eingriff, denn nach meiner Erfahrung ist die prompt ausgeführte Laryngofission an und für sich kein gefährlicher Eingriff.

Auf die Bemerkung von Polyák, der die Operation nur im Sanatorium vornehmen würde, bemerke ich, dass dort die hygienischen Verhältnisse unstreitig günstiger sind. Wenn ich mich aber davon überzeugt habe, dass sich der Zustand der Kranken nach mehrwöchentlichen Aufenthalte im Spital nicht verschlimmert hat und ihr Kräftezustand gut ist, dann schreite ich um so sicherer an die Operation.

3. v. Navratil: Luetische Kehlkopfstenose in Folge chronischer Entzündung beider Arytaenoidalgelenke.

S. K., 32 Jahre alter Mann, giebt an, vor 15 Jahren Lues acquirirt zu haben, die aber unbehandelt blieb. Sein Hals begann vor 5 Jahren zu schmerzen, das Athmen wurde immer schwerer, zeitweise hatte er auch dyspnoetische Anfälle, die die Tracheotomie nothwendig machten. Es wurde aber nicht die Trachea, sondern nur der Larynx eröffnet, so dass die Canüle auf die krankhafte Stelle gerieth. Nach 4 Monaten wurde die Canüle entfernt, die Wunde schloss sich, die Athmung blieb jedoch erschwert, sein Zustand verschlimmerte sich sogar in der Weise, dass er gezwungen war die Abtheilung des Vorstellenden aufzusuchen. Brustorgane gesund. Rhinitis hypertrophica. Die Kehlkopfschleimhaut diffus injicirt, rechtes Stimmband normal, linkes Stimmband von einer Schleimhautverdickung verdeckt, deren Oberfläche glatt ist und in keiner Weise von der des Taschenbandes diffe-

rirt und die ohne Unterbrechung in das Taschenband übergehend, von jenem nur, dem Sinus Morgagni entsprechend, durch eine Furche getrennt ist. Beide Arygelenke gebunden, die Rima glottidis verengt, das Athmen, besonders beim Gehen, erschwert, geräuschvoll. Pat. ist geringen Grades cyanotisch.

Da die wegen Erkrankung beider Arytaenoidalgelenke vor 3 Jahren vollführte Laryngotomie die Ruhestellung der Gelenke nicht abändern konnte, hofft Vorstellender dies — wie auch seine Erfahrung lehrt — durch die tiefe Tracheotomie, in Combination mit der Dilatation der stenotischen Stelle herbeiführen zu können.

VII. Sitzung vom 27. October 1898.

Vorsitzender: v. Navratil, Secretär: Polyák.

1. v. Hültl: Ueber die luetischen Erkrankungen der Schilddrüse.

Vorstellender hält die Beschreibung und Publication jedes einzelnen Falles einer luetischen Erkrankung der Schilddrüse der seltenen Erkrankung wegen für gerechtfertigt.

Es lassen sich die beobachteten Fälle in 2 Gruppen eintheilen, so dass man 2 Formen der Erkrankung unterscheiden kann.

I. Vergrösserung der Schilddrüse im Anschluss an floride Syphilis (Thyreoiditis parenchymatosa syphilitica) (Fälle von Engel-Reimers, Mauriac und Justus).

II. Erkrankungen der Schilddrüse im Anschlusse an tertiäre oder congenitale Syphilis.

Nach ihrem Charakter unterscheiden wir zwei, nicht scharf von einander abgrenzbare Arten der Erkrankung und zwar

1. Thyreoiditis interstitialis syphilitica (Kuttner und Köhler's Fall).

2. Gumma glandulae thyreoideae;

a) bei congenitaler Lues: 4 Fälle von Demme, einer von Birch-Hirschfeld und Dubois (c. n. Bouchut).

b) bei acquirirter Lues: je 1 Fall von Navratil, Fränkl und Kuttner.

Der von uns beobachtete Fall schliesst sich letzteren an.

F. M., 58 Jahre alt (geboren zu Mora, Bukowina). Bis zum Beginne seiner jetzigen Erkrankung war Patient stets gesund; an Lues oder Exanthem erkrankt gewesen zu sein, kann sich Pat. nicht erinnern. Von 8 Kindern leben 2 und sind gesund, die übrigen starben im Alter von 2—3 Jahren an Kinderkrankheiten.

Im Jahre 1894 trat Dyspnoe auf, weswegen er im St. Johannes-Spital zwei Monate mit Pinselungen behandelt wurde, worauf sich sein Zustand soweit besserte, dass er seiner Beschäftigung nachgehen konnte. Seit Ende 1869 besteht Heiserkeit; seit Anfang October 1897 Schlingbeschwerden. Wegen dieser Beschwerden suchte er am 16. December 1897 die laryngologische Abtheilung des Prof. v. Navratil's im St. Rochus-Spital auf, wo er am selben Tage aufgenommen wurde.

Der schwach entwickelte und stark abgemagerte Patient bot die Symptome ausserordentlicher Blutarmuth dar. Die Schilddrüse klein-apfelgross, der rechte Lappen etwas grösser, etwas consistenter. Im linken kleinen Lappen ein haselnussgrosser, höckeriger, circumscripter, resistenter Knoten. Am rechten Stimmbande ein auf die vordere Commissur übergreifendes 20 hellerstückgrosses, von einem rothen Hofe umgebenes Geschwür mit aufgeworfenen Rändern. Respiration vollkommen frei. Patient beklagt sich über Heiserkeit und Schlingbeschwerden. Wir stellten die Diagnose auf Larynxkrebs und Struma maligna. Nachdem der Kranke keinerlei Eingriff (Probeexcision) zulassen wollte, verliess er nach 5 tägigem Aufenthalte die Abtheilung und entzog sich damit der weiteren Beobachtung.

Drei Monate später, am 16. März 1898, wurde er, dem Erstickungstode nahe, auf die Abtheilung gebracht. Die Struma ist zu zwei Mannsfäusten gross angewachsen; sie ist überall von dichtem Gefüge, reicht in der Mittellinie des Halses vom Ringknorpel bis zur Incisura jugularis, beide Lappen gleich gross. Die Haut darüber von normalem Aeussern, nur etwas angelöthet. In Anbetracht der hochgradigen Dyspnoe konnte eine Spiegeluntersuchung nicht vorgenommen werden; wir schritten also sofort zur Ausführung der Tracheotomie. Durch eine 8 cm lange Incision in der Mittellinie gelang es uns bis an die Schilddrüse vorzudringen, allein, den unteren Rand derselben konnten wir nicht freilegen, da sich derselbe retrosternal viel weiter, nach abwärts erstreckte, als dass wir ihn hätten erreichen oder emporheben können. Es blieb daher nichts anderes übrig, als durch die Schilddrüse hindurch zur Trachea zu gelangen. Allein der Einschnitt in die Struma verursachte eine so colossale Blutung, dass wir die Zwecklosigkeit dieses Vorgehens einsahen. Krishaber und Winiwarter rathen, in dringenden Fällen von Tracheotomie die Operation bis zur Eröffnung der Trachea mittelst Paquelin auszuführen. Diesen Rath befolgten wir und drangen mittelst Paquelin durch die Schilddrüse vor. Durch die derbe Struma konnte man natürlich die Luftröhre nicht fühlen. Wir drangen in der Mittellinie ziemlich tief vor, ohne jedoch die Luftröhre gefunden zu haben. Nachdem aber inzwischen der Zustand des Kranken sich derart verschlimmerte, dass ein weiteres Suchen nicht mehr möglich war, verlängerten wir den Halsschnitt bis an die Incisur des Schildknorpels. Diesen als Directionspunkt annehmend, trennten wir — uns an den Kehlkopf und die Luftröhre haltend — die Drüse soweit entzwei, bis wir die stark nach links verschobenen 3—4—5 Trachealringe freipräpariren konnten, wo wir auch die Trachea eröffneten. Die Brandwunde wurde mit Jodoformgaze tamponirt.

Am 10. Tage, als sich die Schorfe der Brandwunden abstiessen, stellte sich heraus, dass die Wunde der Schilddrüse schön granulirt und an den Rändern Epithelbildung beginnt. Dies erweckte in uns einen Zweifel darüber, ob unsere Diagnose Struma maligna auch richtig sei? Wir excidirten in Folge dessen behufs mikroskopischer Untersuchung ein Stück aus dem Rande des Geschwüres. Krompecher war so gütig, uns folgenden Befund mitzutheilen: „es ist ausgeschlossen, dass das aus dem Kehlkopf excidirte Gewebsstück Carcinoma sei. Epithelbildung ist nirgends vorhanden, hingegen spricht die reichliche Rundzelleninfiltration um kleine Gefässe und Capillaren für Lues.“ Wir fahndeten nach Syphilis, konnten jedoch trotz wiederholter genauer Untersuchung beim Pat. keine

Anhaltspunkte für Lues finden. Trotzdem verabreichten wir Jodkali, worauf die Struma nach 3 Monaten vollkommen verschwand und der somatische Zustand des Kranken sich besserte. Wir sind geneigt, im vorliegenden Falle eine Thyreoiditis interstitialis syphilitica anzunehmen, welche sich im Anschlusse an ein Gumma entwickelte. Der Pat. verliess am 24. August 1898 mit Canüle das Spital.

Bis 24. September befand er sich wohl. Er giebt an, dass sich am Halse schmerzhafte Geschwülste bilden. Status praesens: An der rechten Seite des Halses, entsprechend dem Kopfnicker, eine kindsfaustgrosse, sehr harte, scharf contourirte, mit dem Muskel fest verwachsene Geschwulst. Keine Struma. Epiglottis injicirt, legt sich über den Kehlkopf. Bei Phonation mit gleichzeitigem Verschluss der Canüle sehen wir eine Schwellung der rechtseitigen Regio arytaenoidalis. Nach einwärts, gegen den Processus vocalis, grauröthliche, Granulationsgeweben ähnliche, wuchernde Massen. Ein tieferer Einblick in den Kehlkopf ist unmöglich. Nach dreiwöchentlichem Jodkaligebrauch verschwand die Geschwulst am Halse vollständig.

2. E. Ziffer (Curarzt in Gleichenberg): Ueber die Indicationen der Inhalationscuren.

Die allgemein beliebten Quellsoolinhalationen sind indicirt bei chronischen Nasen-, Rachen-, Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrhen. Auch bei durch specifische Erkrankungen der Kehlkopfschleimhaut verursachten Katarrhen und Geschwürsbildungen findet in zahlreichen Fällen eine Abschwellung der verdickten und aufgelockerten Schleimhaut statt; die Ulcerationen zeigen reinere Flächen, die Stimme wird kräftiger, das Allgemeinbefinden wird besser. Indem der Patient nach einem gewissen Zeitraume durch die Soolinhalationen kräftiger und widerstandsfähiger wird, das Kehlkopfinnere leichter zu übersehen und die specifischen Erkrankungsherde schärfer begrenzt hervortreten, kann auch eine locale Behandlung gründlicher und mit mehr Aussicht auf Erfolg vorgenommen werden. Nach einer 14tägigen Inhalationscur erscheint es bereits in vielen Fällen, namentlich bei oberflächlicher tuberculöser Exulceration, angezeigt, parallel mit dem Gebrauche der Inhalationen eine locale Behandlung einzuleiten. Bepinselung der kranken Stellen mit Milchsäure ist allen anderen vorzuziehen, und zwar nach der Kollmann'schen Methode, welche in der Anwendung von gleichen Theilen Milchsäure und Menthol besteht. Der Kranke verträgt diese Mischung weit besser als die wässerige Milchsäure.

Die Verwendung warmer Dämpfe ist nur in den seltensten Fällen statthaft. Selbst in Fällen, wo die Erzeugung warmer Dämpfe in Verbindung mit ätherischen Oelen indicirt ist, darf die Temperatur derselben keine hohe sein. Hierher gehören die so sehr verbreiteten Fichteninhalationen, welche durch ihre tonisirende und roborirende Wirkung sich auszeichnen, indem sie die Elasticität der Lungenalveolen heben und eine Verminderung der Schleimabsonderung bewirken.

Die Pneumatotherapie bedient sich der mittelst entsprechender Apparate erzeugten Luftdruck-Unterschiede, um je nach Bedarf, entweder verdichtete oder

verdünnte Luft, oder beide miteinander combinirt auf die Ahmungsorgane wirken zu lassen. Während es sich bei der Einathmung verdichteter Luft um eine erhöhte Luftzufuhr zu den Lungen handelt, wird mit der Ausathmung verdünnter Luft eine Entlastung der durch Zersetzungsproducte verunreinigten Residualluft stattfinden.

Ueber den therapeutischen Werth des reinen Sauerstoffes sind die Meinungen sehr getheilt. Vom theoretischen Standpunkt aus betrachtet wäre dem Gebrauche des reinen Oxygens jeder Nutzen abzusprechen. Nachdem die Menge des aufzunehmenden Sauerstoffes vom Hämoglobingehalt des Blutes abhängig ist, so wird nicht die Menge des zugeführten O, sondern jene des vorhandenen Hämoglobins für die innere Athmung entscheidend sein, und wenn wir dem Körper mehr Sauerstoff auf künstlichem Wege einverleiben wollen, dann müssen wir auch trachten, die Menge des Hämoglobins zu erhöhen, was durch eine combinirte rationelle Ernährung erreicht werden kann.

VIII. Sitzung vom 1. December 1898.

Vorsitzender: Bode. Secretär: Polyák.

1. v. Hültl: Fall von Rhinosklerom.

K. K., 35 Jahre alte Arbeiterin, giebt an, dass ihre Krankheit vor 3 Jahren begonnen hat, bis zu dieser Zeit soll sie immer gesund gewesen sein. Angeblich entwickelte sich in der linken Nasenöffnung eine erbsengrosse Geschwulst, die immer an Grösse zunahm; etwas später bemerkte sie eine ähnliche Geschwulst auch in der rechten Nasenöffnung. Gegenwärtig ist die Nase faustgross, die Haut darüber ist gespannt und glänzend, bräunlich-blau gefärbt, überall gleichmässig derb, im Ganzen symmetrisch, nur der rechte Nasenflügel ist etwas grösser als der linke. Von beiden Nasenöffnungen ragt eine kirschgrosse, dunkelrothe, harte Geschwulst hervor, die linksseitige ist mit Schorf bedeckt. Nach Ablösung des Schorfes wird ein blutendes Geschwür sichtbar. Die Nase ist für die Luft seit $^3/_4$ Jahr gänzlich undurchgängig, gegenwärtig kann man auch mit der Sonde nicht hineindringen. Die Uvula fehlt gänzlich, an ihrer Stelle und an den vorderen Rachenbögen sind weissliche Narben sichtbar. Das Schlucken ist unbehindert. Unstreitig haben wir es mit einem Rhinosklerom zu thun, das Bild ist so charakteristisch, dass wir den Process mit nichts Anderem verwechseln können. Die Veränderungen im Pharynx können auch nicht irreführen, denn wie wir es nach Köbner wissen, betheiligt sich der Rachen beinahe in jedem Falle an dem Process; seltener sind die an dem geschrumpften weichen Gaumen sitzenden Narben, wurden aber schon von Kaposi beschrieben. Im gegenwärtigen Falle konnten wir keinen üblen Geruch wahrnehmen, obwohl nach Juffinger dies ein charakterisches Symptom ist, aus dem allein er die Diagnose aufzustellen im Stande zu sein angiebt. Wie allgemein bekannt, wird das Rhinosklerom als ein

unheilbares Uebel betrachtet, wenigstens konnte man bis jetzt weder durch Dilatationen, Cauterisation oder Caustik, noch durch Inunctionen und parenchymatöse Injectionen eine Heilung herbeiführen.

Aus diesem Grunde machte v. Navratil schon vor längerer Zeit den Versuch, mittelst im Gesunden geführten Schnitten alles Krankhafte zu exstirpiren, und zwar, wie dies ein auch hier vorgestellter und im Jahre 1898 mitgetheilter Fall beweist, mit gutem Erfolg. Diese radicale Exstirpation wird auch im gegenwärtigen Falle geplant, und zwar ohne darauf Rücksicht zu nehmen, ob die Weichtheile der Nase erhalten werden können oder nicht, denn im letzteren Falle beabsichtigt v. Navratil die Rhinoplastik mit einem von der Stirn genommenen Hautlappen zu vollführen, so wie er es auch im oben erwähnten Fall machte.

Ueber das Resultat werden wir nach der Operation berichten.

Discussion.

Morelli: Mit Rücksicht auf die Veränderungen des Rachens halte ich einen so grossen Eingriff, wie man ihn in diesem Falle zu machen beabsichtigt, nicht indicirt. In ähnlichen Fällen soll man sich, wie es Billroth und Andere erwähnen, darauf beschränken, dass man die Athmung mittelst Dilatation, Caustik oder Auskratzung der Nasengänge erleichtert; natürlich müsste dies Verfahren wiederholt werden.

In gegenwärtigem Falle wo der knorpelige Theil der Nase, der weiche Gaumen und Rachen von dem Krankheitsprocess befallen sind, wird der geplante grosse Eingriff zu keinem bleibenden Resultat führen. Die galvanocaustische Behandlung giebt als zeitweise angewendetes Verfahren guten Erfolg, in einem Falle erzielte ich freie Nasenathmung, die schon seit 4 Jahren unbehindert besteht.

v. Hültl: Der erste Fall, den v. Navratil heilte, war ein ebenso schwerer wie der gegenwärtige: die Operation bestand aus mehreren Abschnitten: zuerst wurde die obere Lippe exstirpirt und die Plastik gemacht, dann wurden die Nase und die Nasengänge operirt und erst nachdem der Kranke Monate lang gesund war und in das Spital zurückkehrte, wurde die Rhinoplastik vollführt. Patientin befindet sich jetzt nach 3 Jahren vollkommen wohl. Da in vorgezeigtem Falle der Krankheitsprocess im Rachen abgelaufen ist —, findet v. Hültl von dieser Seite her keine Contraindication gegen die beabsichtigte Exstirpation des Rhinoskleroms (Seither wurde die Operation ausgeführt und verliess die Patientin ganz geheilt die Abtheilung.)

2. Morelli: Ein vor sieben Jahren mit Erfolg operirter Fall von Angiosarcom des Kehldeckels.

Der vorgestellte 25 jährige Spengler erschien zum ersten Male am 6. April 1890 mit folliculärer Tonsillitis im Ambulatorium. Gelegentlich der Untersuchung kam beim Herabdrücken der Zunge eine eigrosse, dunkel purpurrothe, harte, ziemlich bewegliche, vom linken Epiglottisrande bis zum Zungenrande reichende breit aufsitzende Geschwulst zum Vorschein. Auffallend war der Umstand, dass Pat. bis zu dieser Zeit, wo Vortr. ihn auf das Vorhandensein des Neoplasmas

welches ihm weder Athem- noch Schluckbeschwerden verursachte, aufmerksam machte, von demselben keine Kenntniss hatte.

Die Tonsillitis war rasch abgeklungen.

Die Operation wurde erst im August 1891 vorgenommen, um welche Zeit die Geschwulst rasch zu wachsen begann, so dass Athem- und Schluckbeschwerden auftraten — erstere hauptsächlich zur Nachtzeit — überdies zeitweise auch Blutungen sich eingestellt hatten. Die Motive, welche M. bewogen haben die Operation herauszuschieben, waren: Vortr. wollte den Ernährungs- und Kräftezustand des schwächlichen Individuums vorerst heben, ferner sich über das einzuschlagende Operationsverfahren, sowie über das langsame oder rasche Wachsen der Geschwulst orientiren.

Nachdem Pat. vorher durch längere Zeit hindurch fortgesetzte Pinselungen an das Fremdkörpergefühl gewöhnt worden war, wurde zur Operation geschritten. Dieselbe geschah nach vorausgegangener Anästhesirung der Geschwulst und ihrer Umgebung mit 25proc. Cocainlösung mittelst galvanokaustischer Schlinge, welche unter langsamer Verkleinerung das Neoplasma abschnürt. J. Paul Haberern, der so gütig war, mir zu assistiren, nahm auch die histologische Untersuchung vor, durch welche die Diagnose Angiosarkom Bestätigung fand. Der Heilungsverlauf war ein glatter, weder durch Blutung noch durch Oedem gestört.

Bei dem vor 7 Jahren operirten Manne ist auch heute keine Spur eines Recidivs wahrzunehmen. Die linke Hälfte der Epiglottis ist blass, bloss zweimal so dick wie die rechte Hälfte, ohne jedoch Athem- oder Schluckbeschwerden zu verursachen.

Das vorgezeigte, naturgetreue, in Farben ausgeführte Bild vergegenwärtigt den Befund vor der Operation. v. Navratil.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

A. Nijkamp †.

Am 5. Juli verstarb unser geschätzter Specialcollege Dr. A. Nijkamp, seit 1887 Privatdocent der Laryngologie und Rhinologie an der Universität Leiden.



Zur Frage der Stellung der Laryngologie bei den internationalen Congressen und ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

Die achte Versammlung der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde hat einstimmig ihre Ansicht dahin ausgesprochen, dass auch in Zukunft die Laryngologie und Otologie bei den internationalen Congressen und ähnlichen Gelegenheiten in Gestalt zweier separater, voller Sectionen vertreten sein solle.

Aus einem Privatbrief des Vorsitzenden des im August abgehaltenen internationalen otologischen Congresses, Professors Urban Pritchard, an den Herausgeber des Centralblatts, sei noch nachgetragen, dass die sich in gleichem Sinne bewegende Resolution des Congresses, welche bereits im Briefkasten der Septembernummer des Centralblatts veröffentlicht worden ist, in Anwesenheit von etwa 150 bis 160 Mitgliedern nahezu einstimmig („almost unanimously“) angenommen wurde.

Die Frage der Stimme bei einseitiger Medianstellung einer Stimmlippe.

Dr. Gustav Spiess (Frankfurt a. M.), der eine Reihe von Patienten beobachtet hat, die alle das gleiche laryngoskopische Bild bieten, nämlich Medianstellung einer Stimmlippe, die aber in Bezug auf die Stimme die grössten Unterschiede: von vollkommen klarer Stimme durch alle Stufen von Heiserkeit — aufwiesen, ohne dass er eine genügende Erklärung hierfür hätte geben können, wünscht dieser Frage auf dem Wege von Erkundigungen bei anderen Collegen näher zu treten, und hat daher an den Herausgeber folgenden Brief gerichtet:

Sehr verehrter Herr Professor!

Darf ich Sie bitten, im Briefkasten folgende Fragen zu stellen, um deren Beantwortung ich die geehrten Collegen freundlichst ersuche:

1. Wie ist die Stimme bei Medianstellung einer Stimmlippe in Folge von Lähmung des M. crico-arytaenoid. posticus? (Ist stroboskopisch ein Unterschied nachweisbar?)
2. Wie ist die Stimme bei Medianstellung einer Stimmlippe in Folge von Ankylose im Crico-arytaenoid.-Gelenk? (Wie ist der stroboskopiscke Befund?)
3. Aus welchen Ursachen kann bei Medianstellung einer Stimmlippe Heiserkeit auftreten und wie ist dieselbe?
4. Besteht bei einseitiger Medianstellung ein Unterschied zwischen Sprechstimme und Singstimme?
5. Ist etwaige Heiserkeit therapeutisch zu beeinflussen? In welchen Fällen und auf welche Weise?

Mit vorzüglicher Hochachtung

Dr. med. Gustav Spiess.
3 Untermainquai, Frankfurt a. M.

Antworten wolle man gefälligst an Dr. Spiess direct gelangen lassen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, November. 1899. No. 11.

Karl Stoerk †.

Die Laryngologie ist von einem herben Verlust betroffen worden. Sie hat den Hingang eines ihrer bestgekannten, verehrtesten Altmeister zu beklagen. Am 13. September 1899 verschied in Wien nach längeren Leiden Karl Stoerk im Alter von 67 Jahren. Mit ihm ist wiederum einer der ersten Pioniere der Laryngologie, der Lehrer zahlreicher Generationen von Specialisten, eine Säule der Wiener Universität, ein Mann originellsten Gepräges im Denken, Fühlen, Schreiben und Reden, ein glänzender Operateur, ein unerschrockener, wahrhafter Diener seiner Wissenschaft, ein liebevoller Familienvater, ein treuer Freund seiner Freunde, seiner Schüler, seiner Kranken, ein prächtiger, humorvoller Gesellschafter zur ewigen Ruhe eingegangen, und voll aufrichtigen Schmerzes stehen seine Freunde und Schüler, zu denen sich der Schreiber dieser Zeilen zählen darf, an seinem Grabe.

Karl Stoerk darf mit vollstem Rechte als einer der Pfadfinder der Laryngologie bezeichnet werden. Am 17. September 1832 in Ofen als Sohn eines Arztes geboren, studirte er Medicin in Budapest und Wien und bestand

im Jahre 1858 das Rigorosum an letztgenannter Universität. In den folgenden Jahren war er im Allgemeinen Krankenhause als Sekundararzt thätig und hatte das Glück, an der Türck'schen Abtheilung beschäftigt zu werden. Diesem Umstande verdankt er zweifelsohne die Anregung zu seiner Beschäftigung mit der Laryngologie. Er widmete sich mit dem ihm eigenen Feuereifer der jungen Wissenschaft, die damals eben erst das Licht der Welt erblickt hatte. Er studirte die Technik der Untersuchung an der Leiche, an Thieren, an Gesunden und Kranken, war unter den Ersten, die über laryngologische Dinge publicirten, und war seiner eigenen Aussage nach[1]) der Erste, welcher unter Leitung des Kehlkopfspiegels Medicamente in den Kehlkopf einbrachte. Schon 1859 begann er, Unterricht in der Laryngoskopie zu ertheilen; 1867 etablirte er sich als „Privatdocent für Laryngoskopie und Krankheiten des Kehlkopfes und Rachens"; 1875 wurde er zum ausserordentlichen Professor der Laryngologie ernannt; 1891 erhielt er, nach L. v. Schroetter's Ausscheiden aus dieser Stellung, die Leitung der laryngologischen Universitätsklinik im Allgemeinen Krankenhause, und im Jahre 1894 wurde er zum ordentlichen Professor befördert.

Es mag an dieser Stelle gleich erwähnt werden, dass Stoerk der Begründer und bis zu seinem Tode der Präsident der Wiener Laryngologischen Gesellschaft, ferner Ehrenmitglied der Londoner, Berliner, New Yorker Laryngologischen Gesellschaften, correspondirendes Mitglied mehrerer anderer ärztlichen und naturforschenden Gesellschaften und Ritter mehrerer hoher russischer Orden war.

Als Schriftsteller war Stoerk ungemein thätig. Die Liste seiner laryngologischen Publicationen, die wir weiter unten bringen, umfasst 46 Nummern und in ihr finden sich grössere Werke, wie seine „Klinik der Kehlkopfkrankheiten" (1880), und die „Erkrankungen der Nase", des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre" (1895 u. 1897). Die Hauptbedeutung Stoerk's auf literarischem Gebiete aber liegt weit mehr in seinen Originalmittheilungen, als in seinen Lehrbüchern. Seiner ganzen Anlage nach war er weniger zu der geduldigen, gleich-

1) Ich citire nach dem Nekrolog von O. Chiari in No. 38 der Wiener klinischen Wochenschrift, welchem ich auch die meisten biographischen Daten dieses Nachrufs und das Verzeichniss von Stoerk's Schriften entlehne.

mässigen, methodischen Arbeit geeignet, welche für die Herstellung eines guten Lehrbuches unumgänglich erforderlich ist, als für die Mittheilung eigener neuer Erfahrungen und Gedanken. Man merkt es dem Inhalt wie der Schreibweise seiner Lehrbücher an, dass sich vielfach seine Gedanken nur widerwillig dem Zwange der übernommenen Verpflichtung fügen, dass manche Kapitel ihn geradezu langweilen, dass er umgekehrt bei anderen Abschnitten, für die er sich gerade zur Zeit der Abfassung des betreffenden Werkes interessirte, über Gebühr lange verweilt, dass oft sein Geist seiner Feder vorauseilt, und dass er das einmal Niedergeschriebene später kaum kritisirt. So erklären sich die auffallenden Ungleichmässigkeiten in der Darstellung der einzelnen Kapitel, die stilistischen Nachlässigkeiten, welche die Lectüre seiner grösseren Werke ungemein erschweren; so konnte es kommen, dass das Vorwort seiner „Klinik der Kehlkopfkrankheiten“ mit dem berühmt gewordenen Satze beginnt: „Hiermit bringe ich mein Handbuch „Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes, der Nase und des Rachens“ zum Abschluss.“ Der Fachmann, der Anregung sucht, wird ihrer in Gestalt geistvoller, oft überraschender oder zum Widerspruch herausfordernder Bemerkungen, Beobachtungen und apodiktischer Behauptungen genug in Stoerk's Lehrbüchern finden; der Studirende, welcher systematische Belehrung zu finden erwartet, wird aus all' den angeführten Gründen mit beträchtlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben. Wie in manchen anderen Dingen, so war auch darin Stoerk der direkte Antipode Morell Mackenzie's, dass, während letzterer in seinem Lehrbuch ängstlich bemüht war, die Ansichten Jedermann's wiederzugeben, der jemals über das betreffende Kapitel geschrieben hatte, nicht selten aber unterliess, seine eigene Meinung über streitige Fragen auszusprechen, die ungemein subjective Natur Stoerk's ihn umgekehrt aus vollster Ueberzeugung dazu veranlasste, verhältnissmässig wenig Interesse an der laryngologischen Fachliteratur zu nehmen, seine eigene Ansicht als die unzweifelhaft richtige darzustellen und gegnerischer Behauptungen entweder gar nicht zu gedenken oder sie mit wenigen Worten abzuthun. Lebhaft erinnere ich mich einer Unterhaltung mit ihm aus dem Jahre 1883, in welcher ich durch seine völlige Unbekanntschaft mit einer Frage überrascht, welche damals die laryngologischen Gemüther lebhaft beschäftigte, ihn frug, ob er denn eine einschlägige

Arbeit von mir, von welcher ich ihm einen Separatabdruck zugesandt hatte, nicht gelesen habe. Seine mit grösster Harmlosigkeit und freundlichstem Lächeln gegebene Antwort lautete: „Aber, lieber Freund, glauben Sie denn, dass ich alles Zeug lesen kann, das man mir zuschickt?“ — Das kam mit solcher Bonhommie heraus, dass ich lachen musste, aber es hat mir vieles in Stoerk's Lehrbüchern erklärt, das mir sonst unerklärlich gewesen wäre.

Von viel grösserer und bleibenderer Bedeutung als seine systematischen Werke sind manche seiner Originalarbeiten. Artikel wie die über den „Schleimhautriss“ (1874), der Jahre lang zu den lebhaftesten Controversen Anlass gab: „Ueber den Husten“ (1876); „Oesophagoskopie“ (1881 u. 1896), „Zur Erklärung des Shocks nach der Larynxexstirpation“ (1888), vor allem aber seine berühmte Arbeit: „Die chronische Blennorrhoe der Nasen-, Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut“ (1874), werden Stoerk's Namen dauernd in der Literatur erhalten. War es ihm auch natürlich unmöglich, die bakterielle Natur dieser Krankheit zu der Zeit zu erkennen, in welcher er sie zuerst beschrieb (1867), so gebührt ihm doch das unzweifelhafte Verdienst, ein neues Krankheitsbild entdeckt und prägnant beschrieben zu haben, und hat auch der Name „Stoerk'sche Blennorrhoe“, unter welchem der von ihm beschriebene sklerosirende Process in den oberen Luftwegen Jahre lang bekannt war, allmählich dem bezeichnenderen Ausdruck „Sklerom“ weichen müssen, so wird bei der Schilderung dieser Krankheit der Name ihres Entdeckers, Karl Stoerk, für alle Zeiten in der Literatur fortleben. — Auch in vielen seiner oben nicht genannten klinischen Beiträge findet sich eine Fülle geistvoller und anregender Gedanken, wie es denn überhaupt kaum eine Stoerk'sche Publication geben dürfte, aus der nicht auch der Erfahrenste etwas lernen könnte; die namhaft gemachten sind nur diejenigen, welche der Schreiber dieser Zeilen für die bedeutendsten von den ihm bekannten hält.

Wie die Literatur, so hat der Verewigte auch das Instrumentarium seines Faches durch werthvolle Beiträge bereichert. Seine berühmte „Schusterkugel“ — sie hat meine ersten laryngoskopischen Studien recht unnöthig erschwert — hat heutzutage wohl nur noch den Rang einer historischen Merkwürdigkeit, und auch seine Kehlkopfguillotine und sein erstes Oesophagoscop dürften gegenwärtig nur

wenig mehr verwendet werden; aber der „Stoerk'sche Griff" dient noch immer als Grundlage mancher Kehlkopfinstrumente, und sein „gedeckter Schlingenschnürer" ist ebenfalls sehr brauchbar. — Stoerk selbst war ein ausgezeichneter Kehlkopfoperateur. Wenn er sich mit seiner zitternden Hand dem Patienten näherte und mit seiner Kehlkopfguillotine anscheinend wild in seinem Halse herumsäbelte, so sah das für den Zuschauer sehr grauslich aus, und vielen Patienten muss dabei recht übel zu Muthe gewesen sein, aber das Ergebniss — und ich habe ihn oft operiren sehen — war gewöhnlich erstaunlich günstig. Von den Kehlkopf-Operateuren der vorcocainistischen Periode ist er sicher einer der glänzendsten gewesen.

Hinsichtlich seiner Lehrthätigkeit gilt, glaube ich, mutatis mutandis dasselbe, was oben von seiner schriftstellerischen Thätigkeit gesagt worden ist. Anregend und interessant war der Verewigte immer; handelte es sich um die Analyse eines klinischen Falles, um eine einzelne bestimmte Frage, so war sein Vortrag oft hinreissend. In scheinbar unerschöpflicher Fülle sprudelte ihm eine Fluth einschlägiger Erfahrungen aus seinem vortrefflichen Gedächtniss zu; plötzliche Einfälle, Hypothesen originellster Art machten es ein Vergnügen, seinem Vortrage zu lauschen; wirklich witzige und humoristische Schlaglichter trugen das ihrige dazu bei, dies Vergnügen zu erhöhen. Hielt er aber einen systematischen Vortrag, so ging oft genug die Lebhaftigkeit seines Naturells mit seinem Thema durch; er gerieth vom Hundertsten ins Tausendste und war nach fünf Minuten Meilen weit von seinem eigentlichen Gegenstande entfernt. Unvergesslich bleibt mir der erste Vortrag der Art, den ich — es war im Jahre 1874 — von ihm gehört. Er sprach über die Muskulatur des Kehlkopfs und begann folgendermaassen: „Hier, meine Herren, habe ich Ihnen einen Muskel mitgebracht, der mich sehr interessirt. Es ist der Thyreo-arytaenoideus internus, der eigentliche Singmuskel. Ich brauche Ihnen nicht zu sagen, dass auch noch andere Muskeln zum Singen gehören, aber wenn der Thyreo-arytaenoideus internus nur in Ordnung ist, so kommt es auf die anderen Muskeln und auch auf die Schleimhaut gar nicht so sehr an. Da hat mich vorgestern die Frau X. (eine derzeit berühmte Sängerin der Wiener Oper) consultirt; die Frau hatte einen solchen Kehlkopfkatarrh, dass sie eigentlich nicht hätte singen dürfen; aber sie bestand darauf und die

Stimmbänder schlossen beim Intoniren. Ich habe die Frau singen lassen, und ich sage Ihnen, meine Herren, sie hat gestern Abend ganz göttlich gesungen." Damit begann eine längere Auseinandersetzung über die Frage, ob man beim Kehlkopfkatarrh singen lassen dürfe, und der arme Thyreo-arytaenoideus war zeitweise völlig vergessen.

Man vergebe es mir, wenn ich immer wieder in diesem Nachruf auf persönliche Erinnerungen komme. Es ist nur natürlich. Was Stoerk so allgemein bekannt und beliebt gemacht hat, ist eben seine kräftige Persönlichkeit gewesen. Andere haben an der Wiege der Laryngologie gestanden, haben grosse Lehrthätigkeit ausgeübt, haben wichtige Beiträge zur Literatur ihres Faches geliefert, ohne dass ihnen ein Zehntel von der Popularität beschieden gewesen wäre, die unserem heimgegangenen Freunde zu Theil geworden ist. Und doch ist Stoerk sicherlich kein Hascher nach Popularität gewesen. Ganz im Gegentheil! Es hat vielleicht wenige Menschen gegeben, die ihr Urtheil stets so derb, so ungeschminkt, ja bisweilen so rücksichtslos ausgesprochen haben, wie Stoerk. Unvergessen bleibt es, wie er im Herbst 1887 die Behandlung des deutschen Kronprinzen öffentlich in schonungslosester Weise kritisirte und verurtheilte. Ein wahrer Sturm der Entrüstung erhob sich damals gegen den Kecken, der es gewagt hatte, dem Lügengewebe jener Tage entgegenzutreten. Die alte Erfahrung wiederholte sich, dass die Welt oft genug nicht nur schweigend einem Unrecht zuschaut, sondern sich gar noch gegen denjenigen ereifert, der das Unrecht beim rechten Namen nennt. Politischer wäre es gewiss für Stoerk gewesen, auch zu schweigen, oder wenigstens diplomatischer vorzugehen; auch will ich die von ihm gewählte Form nicht vertheidigen; aber er hatte jedenfalls den Muth seiner Meinung und das ist eine seltene Tugend.

Wie Chiari richtig sagt: Stoerk war ein herzensguter Mann. Wie er auch manchmal polterte und schalt: man sah immer, dass es nicht böse gemeint war und dass ihm nichts ferner lag, als andere absichtlich kränken zu wollen. So nahm man ihm denn auch nichts übel, was von anderer Seite kommend, sicher Anstoss erregt hätte. Schon oben habe ich ein persönliches Erlebniss der Art erwähnt; bei einem anderen war ich gegenwärtig. In einer Diskussion im Schoosse einer grossen Fachversammlung hatte ein älterer, allgemein geschätzter

Laryngologe seine Ansichten entwickelt. Der nächste Redner war **Stoerk**, — ein guter Bekannter seines Vorgängers. Er begann: „Nun, meine Herren, was der Herr Vorredner eben gesagt hat, ist alles Unsinn . . .“ Weiter kam er zunächst nicht, denn das schallende Gelächter, in welches die ganze Versammlung ausbrach und in welches der gescholtene Vorredner einstimmte, verhinderte ihn für den Augenblick fortzufahren. Er schien erst jetzt zu merken, was er eigentlich gesagt hatte, lachte ebenfalls und fuhr dann, ohne ein Wort der Entschuldigung, in seinen eigenen Ausführungen fort. Niemand dachte daran, von ihm eine Revocation zu verlangen. — Grossartig war es auch, wenn er als Vorsitzender sich bei einer Diskussion zu langweilen anfing, dies zunächst in unverhülltester Weise durch Gesten und Achselzucken zu erkennen gab, dann den Vortragenden verschiedentlich unterbrach und ihn seinen Vortrag abzukürzen bat, und endlich, zumal wenn sich in der Diskussion zwei Redner in ein Wortduell einliessen, mit dem Obiter dictum: „Setzt's Euch! Aus is'!“ dem Kampf ein Ende zu machen versuchte.

Ist Stoerk's Name und wissenschaftliche Thätigkeit auf immerdar mit der Geschichte der Laryngologie verbunden, so wird der Eindruck der originellen, kraftvollen, liebenswürdigen Persönlichkeit seinen Freunden, Schülern und Fachgenossen, die mit ihm in persönliche Berührung gekommen sind, unvergesslich bleiben. Die schmerzgebeugte Familie darf der aufrichtigsten Theilnahme der Laryngologen aller Länder versichert sein.

Felix Semon.

Verzeichniss von Stoerk's Publicationen.

Laryngoskopische Mittheilungen. Blätter der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 1858.

Zur Laryngoskopie. Ueber Erkrankungen des Kehlkopfes und Operationen. Heilverfahren. Blätter der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 1859.

Laryngoskopische Erfahrungen. Zeitschrift für praktische Heilkunde. 1860.

Aetzmittelträger. Oesterreichische Zeitschrift für practische Heilkunde. 1860.

Laryngoskopische Mittheilungen. Wiener Medicinalhalle. 1863.

Gedeckte Schlingenschnürer zur Entfernung von Geschwülsten, Kehlkopfmesser zur Operation harter Tumoren im Kehlkopf. Guillotinen. Wiener medicinische Wochenschrift. 1869.

Laryngoskopische Operationen. Wiener medicinische Wochenschrift. 1871—72.

Ueber Laryngoskopie. Sammlung klinischer Vorträge. 1872.



Der Schleimhautriss. Virchow's Archiv. 1874.
Ein neuer Athmungsapparat. Wiener medicinische Wochenschrift. 1874.
Die chronische Blennorrhoe der Nasen-, Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut. Mittheilungen der Naturforscherversammlung in Breslau 1874 und Wiener medicinische Wochenschrift. 1874.
Beiträge zur Behandlung des Parenchym- und Cystenkropfes. Erlangen. 1874.
Mittheilungen über Asthma bronchiale und die mechanische Lungenbehandlung nebst einem Anhang über den Hustenreiz. Stuttgart. 1875.
Tracheotomie. Sitzungsberichte der k. k. Gesellschaft der Aerzte. 1875.
Anatomie und Physiologie der Stimmorgane. Mittheilungen des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums. 1876.
Ueber den Husten. Wiener medicinische Wochenschrift. 1876.
Ein Fall echter Schleimhauthypertrophie. Wiener medicinische Wochenschr. 1878.
Haematoma retropharyngeale. Wiener medicinische Wochenschrift. 1878.
Luxation des linken Giessbeckenknorpels. Wiener medicinische Wochenschr. 1878.
Kehlkopfanwachsung. Wiener medicinische Wochenschrift. Wien. 1879.
Klinik der Kehlkopfkrankheiten. Stuttgart. 1880. 2 Bde. Ueber 500 Seiten stark.
Beiträge und Therapie der Diphtheritis. Wiener medicinische Wochenschr. 1881.
Oesophagoskopie. Wiener medicinische Wochenschrift. 1881.
Sprechen und Singen. Wien. 1881.
Ueber Anwendung des Cocains in der Laryngoskopie. Wiener medicinische Blätter. 1884.
Locale Behandlung des Empyems der Highmorshöhle. Wiener medicinische Wochenschrift. 1886.
Verhinderung der Granulationsbildung nach der Tracheotomie. Wiener medicinische Wochenschrift. 1887.
Die Tubage des Larynx. Wiener medicinische Presse. 1887.
Total-Exstirpation des Larynx. Wiener medicinische Wochenschrift. 1887.
Ueber Kehlkopfkrebs. Wiener medicinische Wochenschrift. 1887.
Heilung eines Falles von Larynxkrebs mit Herstellung normaler Respiration und Phonation. Wiener medicinische Wochenschrift. 1887.
Zur Erklärung des Shock nach der Larynxexstirpation. Wiener medicinische Wochenschrift. 1888.
Ueber Larynxexstirpation wegen Krebs. Wiener medicinische Wochenschr. 1889.
Heilung eines Larynxcarcinoms durch Exstirpation dieses Theiles der linken Hälfte des Kehlkopfes. Wiener medicinische Wochenschrift. 1890.
Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Larynxtuberculose. Wiener medicinische Wochenschrift. 1892.
Ueber die Kreosottherapie bei Tuberculose des Kehlkopfes und der Lungen. Archiv für Laryngologie. 1893.
Stimmbandcarcinom. Wiener klinische Wochenschrift. 1893.
Lymphosarcoma des Pharynx und Larynx. Wiener medicinische Wochenschr. 1895.
Gehirninfection von Seite der Nase. Wiener medicinische Wochenschrift. 1894.
Die Erkrankungen der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre. Bd. I. Wien. 1895. Ueber 300 Seiten stark.

Ueber Oesophagoskopie. Wiener klinische Wochenschrift. 1896.
Larynxcarcinome. Die operative Behandlung. Operationsstatistik. Archiv für für Laryngologie. 1896.
Ueber Cocainanästhesie. Wiener medicinische Wochenschrift. 1896.
Allgemeine Therapie, Arzneimittel- und Operationslehre. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie von Heymann. Wien. 1897.
Die Erkrankungen der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre. Bd. II. Wien. 1897. Ueber 300 Seiten stark.
Mittheilungen aus der laryngologischen Klinik. Wiener medicinische Wochenschrift. 1899.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente etc.

1) **A. C. H. Moll** (Arnheim). **Rhino-Laryngo-Otologie.** *Med. Weekblad. VI. No. 14.* Festnummer zur goldenen Feier des Niederländischen medicinischen Vereins.

Historischer Ueberblick speciell in Bezug auf die Entwickelung der Specialität in Holland.

H. BURGER.

2) **Thos. R. French. Eröffnungsrede des Vorsitzenden auf dem 20. Congress der American Laryngological Association. (The president's address delivered before the American Laryngological Association at its twentieth anual congress.)** *N. Y. Med. Journal. 10. September 1898.*

Ein Abdruck der Ansprache, mit der F. die Versammlung eröffnete (vergl. den Verhandlungsbericht, p. 533).

LEFFERTS.

3) **D. Braden Kyle. Einige allgemeine Betrachtungen über die Schleimhäute der oberen Luftwege. (General consideration of mucous membranes of the upper respiratory tract.)** *Internat. Med. Magazine. Januar, März und Mai 1899.*

Entzündliche Processe an den Schleimhäuten des oberen Athemtractus gehen schnell in das zweite oder exsudative Stadium über. Dies erklärt sich aus der Thatsache, dass die Blutgefässe dort nur sehr wenig Bindegewebe als Stütze führen, so dass sie schnell sich ausdehnen und frühzeitig Exsudat austreten lassen. Wenn man, statt mit dem Thermokauter vorzugehen, seine Therapie gegen die wahre Ursache der Krankheit richtet, so wird die Nasen- und Rachen-

schleimhaut intact bleiben und der Patient eine normal secernirende Schleimhaut behalten.

Drüsen im Nasenrachen soll man nur angreifen, wenn die Tuba Eustachii verlegt oder die Nasenathmung gestört ist.

Bei Anämie zeigt die Respirationsschleimhaut eine dünne, leicht albuminöse wässrige Exsudation. Die Zahl der rothen Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt, die bei nasaler Verstopfung stark reducirt sind, heben sich nach der Beseitigung derselben allmälig wieder zur Norm. EMIL MAYER.

4) **J. C. Mulhall. Die Beziehungen der oberen Luftwege zum allgemeinen Gesundheitszustand. (The general health and the upper air passages.)** *N. Y. Med. Journal. 12. November 1898.*

Verf. hat über den Zusammenhang von Erkrankungen der oberen Luftwege und Allgemeinbefinden auf dem 20. Congress der Americ. Laryngol. Association (vergl. p. 538) vorgetragen. LEFFERTS.

5) **Thos. Bassett Keyes. Behandlung des chronischen Catarrhs. (Treatment of chronic catarrh.)** *Medical Progress. Mai 1899.*

Zur Beseitigung von Verstopfungen durch geschwollenes und hypertrophirtes Gewebe dient der Galvanokauter, die Drahtschlinge und die Milchsäure.

EMIL MAYER.

6) **A. Castex. Die Gicht in den oberen Luftwegen. (L'arthritisme des premières voies respiratoires.)** *Journal des Praticiens. 7. Januar 1899.*

C. giebt einen Ueberblick über die acuten und chronischen Erscheinungen der Gicht im Nasenrachenraum, im Larynx und in der Trachea.

Zur localen Behandlung dienen heisse Gurgelungen und Einstäubungen, Cauterisation der Granulationen etc. Wichtiger ist die Allgemeinbehandlung. Der Verf. hebt die Indication gewisser Thermen hervor. Das Seeklima ist den Gichtikern schädlich wegen seiner Feuchtigkeit, die alkalischen, arsen- oder schwefelhaltigen Quellen sind in manchen Fällen angebracht. PAUL RAUGÉ.

7) **Frank H. Bosworth. Syphilis der Luftwege. (Syphilis of the respiratory passages.)** *Medical Standard and North American Practitioner. Mai 1899.*

Die sogen. scrophulösen Geschwüre sind nach Verf.'s Ansicht unweigerlich syphilitischer Natur, bedingt theils durch hereditäre Lues, theils durch in frühem Alter erworbene. EMIL MAYER.

8) **J. B. Taulbee. Entfernung von Fremdkörpern aus dem Athmungstractus. (Removal of foreign bodies from the respiratory tract.)** *Medical Progress. Februar 1899.*

Verf. verlangt die complete Anästhesirung, ehe man zur Extraction schreitet; die Vermeidung der sensitiven Stellen beim Untersuchen; das stete Bereitsein zur Ausführung der Tracheotomie, schliesslich nach Vollendung der Operation die Inversion des Patienten. EMIL MAYER.

9) **B. Fränkel** (Berlin). **Zur Prophylaxe der Tuberculose.** *Berl. klin. Wochenschr. 2. 1899.*

Die Untersuchungen Flügge's haben gezeigt, dass die Lehre Cornet's, wonach vorzüglich durch Verstäubung eingetrockneten phthisischen Sputums Tuberkelbacillen in die Luft gelangten, irrig ist. Aus bacillenhaltigen Flüssigkeiten gelangen vielmehr in minimalen, durch kleinste Luftbewegungen leicht fortführbaren Tröpfchen, die sich bei jeder stärkeren Bewegung der Flüssigkeit bilden, stets reichlich Bacillen in die Luft. Daraus ergiebt sich, dass ebenso sehr oder noch mehr, wie das eingetrocknete Sputum das feuchte Sputum und die Mundflüssigkeit, die beim Sprechen, Räuspern, Husten verspritzt wird, eine beachtenswerthe Infectionsquelle für die Tuberculose darstellen. Die Prophylaxe der Tuberculose wird durch diese Erkenntniss nicht vereinfacht, sondern erheblich erschwert. Fr. schlägt vor, die Mundflüssigkeit der Phthisiker dadurch unschädlich zu machen, dass man sie eine von ihm nach dem Muster der Chloroformmaske Schimmelbusch's construirte Maske tragen lässt. Daneben sind die sogenannten „kleinen Mittel“ (Gewöhnung der Phthisiker, sich regelmässig und gründlich auszuhusten, beim Husten den Mund zu bedecken etc.) nicht zu vergessen.

ZARNIKO.

10) **G. Cornet** (Berlin). **Die Infectionsgefahr der Tuberculose.** *Berliner klin. Wochenschr. 11/12. 1899.*

Verf. ist es durch eine neue, den natürlichen Verhältnissen möglichst genau angepasste Versuchsanordnung gelungen, bei Meerschweinchen nach Inhalation trocken verstäubten tuberkelbacillenhaltigen Sputums Lungen- und Bronchialdrüsentuberculose hervorzurufen. Er hält demnach seine bekannten Thesen den Behauptungen Flügge's gegenüber aufrecht, will die bisherige Prophylaxe fortgeführt wissen und weist den Vorschlag B. Fränkel's, hustende Phthisiker zum Tragen einer Schutzmaske zu veranlassen, als undurchführbar und nahezu nutzlos zurück.

An die Vorträge B. Fränkel's und Cornet's schloss sich in der Berliner medicinischen Gesellschaft eine sehr eingehende, über 3 Sitzungstage [22. Febr., 1. März, 8. März] ausgedehnte Discussion, die in der Berlin. klin. Wochenschrift. 1899. No. 12—13 nachgelesen werden mag.)

ZARNIKO.

11) **J. Silfast. Die Wirkung der Streptokokken und ihrer Toxine auf die Lungen.** *Ziegler's Beitr. z. pathol. Anat. XXV. 1. 1899.*

Die Lungen von Kaninchen sind gegen die Einwirkung lebender Streptokokken relativ widerstandsfähig, ihr Angriff wird erleichtert durch ein anderes die Widerstandsfähigkeit dieses Organs herabsetzendes Moment. Der pathologische Process beginnt mit Auswanderung polynucleärer Leucocyten und Desquamation des Alveolenepithels in Verbindung mit Exsudation einer coagulirenden Flüssigkeit; es entstehen diffuse oder herdförmig angeordnete Entzündungen.

A. ROSENBERG.

12) **Betz** (Heilbronn). **Die Aspiration pulverförmiger Medicamente in die oberen Luftwege.** *Memorabilien. XLII. 2. 1899.*

Betz bediente sich zur Behandlung mancher Rachen- und Kehlkopfkrank-

heiten der Methode von Leduc, durch Glasröhren pulverförmige Substanzen aspiriren zu lassen. Borax leistete z. B. gute Dienste bei zähem, klebrigem Auswurf, Orthoform anästhesirte bei Larynxtuberculose, über Dyodoform sind die Erfahrungen noch nicht zahlreich genug.

SEIFERT.

13) **A. Mc Gregor. Paraldehyd bei Asthma. (Paraldehyde in asthma.)** *Lancet. 11. Februar 1899.*

Verf. hat 11 Fälle mit diesem Mittel erfolgreich behandelt und gab Abends beim Schlafengehen 0,875 g.

ADOLPH BRONNER.

14) **Frese. Ueber die therapeutische Anwendung des Jodipins bei Asthma bronchiale und bei Emphysem.** *Münch. med. Wochenschr. No. 7. 1899.*

Das Jodipin, eine chemische Verbindung von Jod mit Fett, wurde in der Dosis von täglich 2—3 Theelöffel voll gegeben, und zwar bei 6 Kranken mit Bronchialasthma, in 7 Fällen von asthmatischen Beschwerden bei chronischen Erythemen und Bronchitis. Die Erfolge waren sehr befriedigend, zumal bei Asthmatikern die Anfälle länger ausblieben, als bei dem Gebrauch von Jodkali.

SCHECH.

15) **Maurice Mignon. Anatomisch-klinische Untersuchung des Athemapparats und seiner Adnexe mittelst Röntgenstrahlen. (Etude anatomo-clinique de l'appareil respiratoire et de ses annexes par les rayons de Röntgen.)** *Gazette des Hôpitaux. No. 12. 1898.*

Die neue Untersuchungsmethode ist anwendbar für:

1. die Veränderungen an den Knochen und die Fremdkörper der Nase;
2. die Fremdkörper der Kieferhöhle;
3. die Verdickungen der Kehlkopfknorpel und die Fremdkörper des Larynx;
4. die tracheo-bronchialen Drüsenaffectionen;
5. die verschiedenen Affectionen der Lunge und der Pleura.

PAUL RAUGÉ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Jonathan Wright. Vergleich des erectilen Gewebes in der Nasenschleimhaut beim Stiere und beim Ochsen. (Comparison of the erectile tissue in the nasal mucous membranes of a bull and a bullock.)** *N. Y. Medical Journal. 12. November 1898.*

Ausführlichere Mittheilung eines auf dem 20. Congress der American Laryngological-Association gehaltenen Vortrags. Der Verf. erinnert daran, dass über einen directen physiologischen Zusammenhang zwischen der Thätigkeit des erectilen Gewebes in der Nase und der sexuellen Erregung viel geschrieben worden ist. Besonders die Arbeiten von Mackenzie und Fliess beschäftigen sich mit dieser Frage. Der Verf. hat nun Untersuchungen an verschiedenen Thierarten angestellt, ob die Castration der jungen Thiere einen Einfluss auf die

Entwickelung des erectilen Gewebes in der Nase hat. Ueber die Resultate dieser makroskopischen und mikroskopischen Untersuchungen muss das Original nachgelesen werden. Besonders interessant sind 2 Präparate von einem jungen Stier und einem castrirten Ochsen von nahezu demselben Alter. Bei diesen Thieren liegt fast das gesammte erectile Gewebe am Septum, an dessen hinterer Hälfte, angehäuft, die Wände der cavernösen Sinus sind ausserordentlich musculär. Die verschiedene Dicke dieses Gewebes bei dem castrirten und dem nicht-castrirten Thiere ist ins Auge fallend.

LEFFERTS.

17) **Noquet** (Lille). **Subjective Parosmie. (Parosmie subjective.)** *Soc. centrale de médecine du Nord. 9. December 1898.*

Patient litt an einer perversen Geruchsempfindung, alles nahm den Geruch faulen Fleisches an.

Lineäre Cauterisation der hypertrophischen unteren Muschel liess das Symptom verschwinden.

Verf. zögert, die Parosmie mit der Muschelhypertrophie in causalen Zusammenhang zu bringen; er hält es für möglich, dass der Effect der Therapie ein suggestiver war.

PAUL RAUGÉ.

18) **J. L. Goodale. Eine neue Methode zur operativen Verbesserung der übertriebenen römischen Nase. (A new method for the operative correction of exaggerated roman nose.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 2. Februar 1899.*

Durch intranasale Operation werden die überschüssigen Partien des Septums entfernt, dann die Nasenknochen von ihrer maxillaren Verbindung gelöst, der knöcherne Kamm der Nase herabgedrückt, bis er dem neugebildeten oberen Septumrand aufliegt und schliesslich die seitlichen Wände fracturirt und herabgedrückt.

EMIL MAYER.

19) **Joseph D. Bryant. Operation zur Verbesserung einer Deformität der Nase. (Operation for relief of deformity of nose.)** *N. Y. Medical Record. 4. März 1899.*

Der Pat. hatte eine angiomatöse oder angio-sarcomatöse Geschwulst auf der Nase, die dieselbe zu einer unförmigen, bläulichen Masse verunstaltete. Diese wurde abgetragen und die granulirende Fläche mit transplantirten Hautstückchen bedeckt.

LEFFERTS.

20) **W. W. Keen. Correction einer getheilten Nase. (Deformity of bifid nose corrected.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. Juni 1899.*

Incision in der Mittellinie, Abtragung des Gewebes zwischen Haut und Knorpel und Vernähung.

EMIL MAYER.

21) **W. Moore** (Melbourne Victoria). **Drei Fälle von plastischer Nasenoperation. (Three cases of plastic nasal surgery.)** *Intercolonial Med. Journal of Austral. 20. Juni 1899.*

In zwei Fällen wurde eine ausgebreitete Deformirung durch die combinirte Verwendung der Thiersch'schen Transplantation und von Lappen aus der Stirn

geheilt. Im dritten Falle, einer Sattelnase, die durch Unfall entstanden war, wurde eine Silberplatte eingelegt. Der Arbeit sind die Photogramme der Patienten beigegeben.

A. J. BRADY.

22) **Gilbert Geoffroy Cottam. Rhinoplastik nach dem Lappen-Spaltungs-Princip. (Rhinoplasty by an adaptation of the flap-splitting principle.)** *Laryngoscope. Juni 1899.*

Kurze Schilderung eines von C. nach dieser Methode operirten Falles.

EMIL MAYER.

23) **John O. Roe. Die Correction nasaler Deformitäten durch subcutane Operation. (The correction of nasal deformities by subcutaneous operation.)** *The American Medical Quarterly. Juni 1899.*

Eine detaillirte Beschreibung der Operation.

EMIL MAYER.

24) **Abbott Anderson. Ein interessantes Stück nasaler Chirurgie. (An interesting bit of nose surgery.)** *Lancet. 11. März 1899. N. Y. Medical News. 8. April 1899.*

Es handelt sich um einen Koch, der beim Schärfen eines Messers sich die Nasenspitze abgeschnitten hatte. Der Patient erschien beim Verf. ohne die Spitze und ein Bote wurde nach der Küche geschickt, dieselbe zu suchen. Derselbe brachte auch bald das 1 Zoll lange und $^1/_2$ Zoll breite Stück, das in warmer Borsäure gewaschen und dann mit feiner Seide angenäht wurde. Dasselbe war 35 Minuten abgetrennt gewesen. Die Nasenspitze wurde die ersten 4 Stunden mit heissen Borsäure-Compressen bedeckt gehalten und später durch einen dicken trockenen Verband geschützt und warm gehalten. Die Wunde heilte per primam.

LEFFERTS.

25) **M. Hartwig. Ein weiteres Stück nasaler Chirurgie. (Another bit of nasal surgery.)** *N. Y. Med. News. 29. April 1899.*

H. berichtet über einen ganz ähnlichen Fall (vergl. voriges Referat). Ein 6 jähriger Knabe hatte sich beim Herausgucken durch eine zerbrochene Fensterscheibe die Nasenspitze abgeschnitten. Dieselbe fiel in den Keller, wurde gesucht, gewaschen und erst nach mindestens 20 Minuten angenäht. Sie wurde mit einer dünnen Lage in Aristolcollodium getränkter Watte bedeckt und heilte per primam an. Ein paar Jahre blieb die Nasenspitze geröthet; jetzt sieht sie ganz natürlich aus.

LEFFERTS.

26) **G. D. Murray. Ausschläge im Gesicht als Folge nasalen Druckes. (Eruptions of the face due to nasal pressure.)** *N. Y. Medical Record. 25. März 1899.*

Zu den zahlreichen bekannten Reflexneurosen durch nasale Verstopfung fügt M. eine neue bisher nicht bekannte hinzu, das ist der Gesichtsausschlag.

Die Hautkrankheiten im Gesicht sind durch specifische Bakterien und Pilze verursacht, durch Secretionsanomalien, durch entzündliche Vorgänge, congenitale Anomalien und schliesslich duch Reflexvorgänge infolge von nasalem Druck.

M. giebt die ausführliche Krankengeschichte von 11 Fällen dieser Art. Er

hebt hervor, dass die Hautaffection an der Seite der nasalen Verstopfung zuerst und in höherem Grade erscheint; dass sie erst nach Beseitigung der Stenose verschwindet und zwar zuerst auf der gegenüberliegenden Gesichtsseite.

LEFFERTS.

27) **Carl Seiler. Eruptionen im Gesicht infolge von nasalem Druck. (Eruptions of the face due to nasal pressure.)** *N. Y. Med. Record. 6. Mai 1899.*

Verf. betont, dass es falsch ist, die Ausschläge im Gesicht allein auf Reflexwirkung zurückzuführen.

LEFFERTS.

28) **John Mc Lean. Die Behandlung des Nasencatarrhs durch den allgemeinen Praktiker. (The treatment of nasal catarrh by the general practitioner.)** *Northwestern Lancet. 15. April 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

29) **Wadsworth Warren. Acute Rhinitis. (Acute rhinitis.)** *Medical Age. 10. Januar 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

30) **Permewan** und **Carter. Acute Rhinitis und Allgemeininfection. (Acute rhinitis and general infection.)** *N. Y. Med. Journ. 27. Mai 1899.*

Bericht über eine Reihe von Fällen, in denen acute Rhinitis zu Allgemeininfection Anlass gab und nach Behandlung des nasalen Leidens schnell das Fieber etc. nachliess. In allen dunklen Fällen von Infectionskrankheit soll die Nase untersucht werden.

LEFFERTS.

31) **Purkitt. Gegen Rhinitis. (For rhinitis.)** *Philad. Med. Journal. 7. Jan. 1899.*

Guajacol 4 Theile
Menthol 2 „
Cocain. hydrochl. 1 „
Aqu. camphorat. 120 „
M. D. S. 3 stdl. Als Spray für Nase und Hals.

EMIL MAYER.

32) **Saenger. Gegen acute Rhinitis. (In acute rhinitis.)** *N. Y. Med. Record. 7. Januar 1899.*

Cocain. muriat. 0,2
Menthol 0,1
Sacch. lactis 3,0
M. D. S. In kleinen Mengen in die Nase einzublasen.

LEFFERTS.

33) **Redact. Notiz. Gegen acute Rhinitis. (In acute rhinitis.)** *N. Y. Medical Record. 21. Januar 1899.*

Rp. Acid. carbol.
Aqu. Ammoniae ana 3,75
Alcohol 15,00
Aqu. destill. 10,00
M. D. S. Zum Inhaliren.

LEFFERTS.



34) **Malbec. Eine Mixtur für Coryza. (A mixture for coryza.)** *N. Y. Medical Journal. 25. Februar 1899.*

Rp. Extr. Hyoscyam. 0,135
Kalii jodati
Kalii bicarbon. ana 1,8
Extr. Liquir 4,5
Aqu. Anisat. 108,0
M. D. S. 4 stdl. 1 Theelöffel voll.

LEFFERTS.

35) **Redact. Notiz. Gegen acuten Schnupfen. (For acute coryza.)** *Philad. Med. Journal. 11. März 1899.*

Atropin. sulfur. 0,004
Camphor pulver. 1,44
Codein 0,12
Terpin hydrat. 1,2
M. D. S. In 12 Kapseln zu vertheilen. S. 3 stdl. 1 Kapsel.

EMIL MAYER.

36) **Gilbert J. Cullen. Behandlung der Rhinitis. (Treatment of rhinitis.)** *Medical Mirror. April 1899.*

Nichts Erwähnenswerthes.

EMIL MAYER.

37) **Clarence C. Rice. Der Nasencatarrh bei Kindern; seine Ursache und seine Behandlung. (Nasal catarrh in children; its cause and treatment.)** *N. Y. Med. News. 25. März u. 1. April 1899.*

Man unterscheide bei Kindern den acuten Nasencatarrh vom chronischen, ferner den einfach catarrhalischen vom eitrigen, den hypertrophischen und den atrophischen und, was besonders wichtig ist, den idiopathischen vom symptomatischen. Idiopathisch ist gewöhnlich der acute Catarrh, z. B. der durch Influenza verursachte oder die Coryza, welche die exanthemischen Krankheiten begleitet. Der symptomatische Catarrh besteht bei localen Processen, wie Septumdeviationen, Fremdkörpern, adenoiden Vegetationen u. s. w. Chappell, der 2000 Fälle von nasaler Erkrankung bei Kindern zusammenstellte, fand adenoide Wucherungen bei 60, hypertrophische Gaumenmandeln bei 270, Septumdeviation bei 330, Spinen bei 150, Hypertrophie der unteren Muschel bei 260, Hypertrophie der mittleren Muschel bei 161 u. s. f.

Ueber die Bedeutung der adenoiden Vegetationen verbreitet sich der Verf. in dem zweiten Theil des Artikels besonders. Die Therapie hat darauf zu achten, dass die Passage für die Nasenathmung frei ist; ausserdem wird eine nichtreizende Lösung zur Reinigung der Nase vorgeschrieben, die entzündeten Oberflächen werden mit einem glättenden Oel oder Pulver bedeckt, alles andere besorgt die Heilkraft der Natur.

LEFFERTS.

38) **J. E. Converse. Purulente Rhinitis bei Kindern. (Purulent rhinitis in children.)** *New Albany Med. Herald. Mai 1899. Med. Progress. Mai 1899.*

C. applicirt nach Reinigung der Nase ein Gemisch von Europhen mit Zucker und giebt an, gute Resultate erzielt zu haben.

EMIL MAYER.

39) **W. K. Robinson. Hypertrophische Rhinitis bei weiblichen Patienten in den Pubertätsjahren und der Missbrauch mit der Cauterisation bei der Behandlung derselben. (Hypertrophic rhinitis in female patients at puberty and the abuse of the cautery in the treatment.)** *Journal Amer. Medical Association. 27. Mai 1899.*

R. berichtet über 3 Fälle von atrophischer Rhinitis, die nach seiner Ansicht durch unzweckmässigen Gebrauch des Galvanokauters verschuldet sind.

EMIL MAYER.

40) **H. de Stella. Gonokokkische Rhinitis bei einem Kinde. (Gonococcic rhinitis in an infant.)** *N. Y. Med. Journal. 8. April 1899.*

2 Monat altes Kind, das seit der Geburt an einer Störung der Nasenathmung leidet. Im Naseneiter finden sich reichlich Gonokokken. Der Rhinitis war eine eitrige Augenentzündung vorangegangen, die erst auf sehr energische nnd längere Behandlung vergangen war. Es schloss sich eine Otitis media an; später trat auch eine syphilitische Roseola auf; die Untersuchung ergab, dass der Vater gleichzeitig Syphilis und Gonorrhoe acquirirt und die Mutter inficirt hatte, von der die Krankheiten auf das Kind übertragen wurden.

Lermoyez empfiehlt zur Behandlung der blennorrhoischen Rhinitis Auswaschung der Nase mit gekochtem Wasser und Einblasung von kleinen Mengen folgenden Pulvers:

Argent. nitr. fus. pulverat. 0,18
Talci 9,0

Der Verf. empfiehlt die Nase täglich mit in Protargol-Lösung (1 : 50 bis 1 : 10) getränkten Wattetampons auszuwischen. Während der Zwischenzeit sollen die Eltern 3 mal täglich folgende Salbe in die Nase einstreichen:

Vaselin 13,5
Ac. boric. 1,35
Menthol 0,135

LEFFERTS.

41) **Hagedorn. Chronischer Nasencatarrh. (Chronic nasal catarrh.)** *Dunglison's College and Clinical Record. 15. Mai 1899. Med. Bulletin. Juni 1899.*

H. empfiehlt Massage für hypertrophische Zustände und Xeroformeinblasungen für die Hypersecretion.

EMIL MAYER.

42) **Hagedorn** (Hamburg). **Der Stockschnupfen.** *D. ärztl Praxis. 7. 1899.*

Die Besprechung der Pathologie und Therapie bezieht sich auf den Stockschnupfen *κατ' ἐξοχήν*, auf den chronisch-hypertrophischen Katarrh der Nasenschleimhaut. Unter allen Behandlungsmethoden zieht H. die Bestreichungsmassage vor, die er mit einem Hartgummicatheter vornimmt. Die Dauer der Massagebehandlung ist verschieden, leichte Fälle sind schon nach 6—8 Sitzungen als geheilt zu betrachten, schwere erfordern auch 30—40 Sitzungen. Meist geschehen diese täglich.

SEIFERT.

43) **P. J. Leonard. Chronischer Nasencatarrh. (Chronic nasal catarrh.)** *The Medical Herald. Juni 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

44) **Gerber. Fibrinöse Rhinitis. (Fibrinous rhinitis.)** *Canadian Practitioner and Review.*

Die nicht-diphtheritische fibrinöse Rhinitis nimmt in 2—3 Wochen einen günstigen Verlauf, indem sie selten andere Schleimhäute afficirt. EMIL MAYER.

45) **Lacoarret. Fibrinöse oder pseudomembranöse Rhinitis. (Rhinite fibrineuse ou pseudomembraneuse.)** *Annales de la Policlin. de Toulouse. Januar 1899.*

Verf. theilt 2 Fälle von pseudomembranöser Rhinitis mit. Fall 1 betrifft ein Kind von 9 Jahren. Die diphtheritische Natur des Leidens wurde offenbar nicht durch die bakteriologische Untersuchung, sondern dadurch, dass die Schwester des Knaben eine schwere diphtheritische Angina bekam, festgestellt. In der Schule, die der Knabe besuchte, erkrankten mehrere Kinder an Diphtherie.

Fall 2 betrifft ein Mädchen von 10 Jahren. Die Pseudomembranen waren sehr dick und enthielten nur den Staphylococcus aureus. Heilung innerhalb 15 Tagen.

L. betont, dass jede fibrinöse Coryza suspect ist; mag sie für den Kranken selbst auch benigne sein, so kann sie doch für seine Umgebung höchst infectiös werden. A. CARTAZ.

46) **J. Price-Brown. Nicht-diphtheritische pseudomembranöse Rhinitis. (Non-diphtheritic pseudomembranous rhinitis.)** *Journal American Medical Assoc. 6. Mai 1899.*

Diese Krankheit kommt vor und wenn sie auch recht selten ist, so ist sie doch wahrscheinlich ebenso häufig, als die primäre Diphtherie der Nase. Gewöhnlich kann man sie schon aus klinischen Gründen von der genuinen Diphtherie unterscheiden. Bis aber die bakteriologische Untersuchung gemacht ist, erscheint die Isolirung doch geboten. EMIL MAYER.

47) **Arslan** (Padua). **Ein letztes Wort über Rhinitis purulenta caseosa. (Un' ultima parola sulla rinorrea purulenta caseiforme.)** *Bolletino per Malatt. Orecch. Gola e del Naso. Florenz. April 1899.*

Verf. theilt 2 neue Fälle mit als Stütze für die jetzt allgemein angenommene Ansicht, dass die Rhinitis caseosa nur ein Symptom verschiedenartiger Complicationen ist und nicht eine besondere Krankheit, wie Cozzolino, Wagner, Duplay u. s. w. behaupten. Verf. hat bereits früher die Behauptung Guarnaccia's als unrichtig nachgewiesen, dass die käsige Rhinitis von einem specifischen Mikroorganismus (Streptothrix alba) bedingt sei.

In A.'s erstem Falle war die Verkäsung durch ein Empyem der linken Kieferhöhle mit Nasenverstopfung durch ein Osteom der Nasenscheidewand verursacht. Im zweiten Falle hatte sich der käsige Eiter um eine Glasperle angehäuft, nachdem dieser Fremdkörper zu einem grossen Abscess der Nasenscheidewand geführt hatte. Verf. behauptet, dass in allen seinen Fällen von Empyem der Kieferhöhle Caries der Zähne den Ausgangspunkt bildete, und dass die Verstopfung der Nasenhöhle von vorn ein wichtiger Factor ist für die Entstehung der käsigen Massen.

JAMES DONELAN.

48) **Adolfo Fasano. Eine locale Application für nasale Geschwüre bei Ozaena. (A local application for nasal ulcers in ozaena.)** *N. Y. Medical Journal. 9. Januar 1899.*

Verf. empfiehlt auf die mehr oder weniger tiefen Ulcerationen, die man bei alter Ozaena findet, folgende Lösung zu appliciren:

Aristol 9,0
Collodium 72,0
Ol. castor 9,0.

M. D. S. Täglich mit Wattebäuschen aufgetragen. LEFFERTS.

49) **Ferrari. Kreosot bei Ozaena. (Creosote in ozaena.)** *N. Y. Med. Journal. 25. Februar 1899.*

Rp. 1. Creosot
Glycerin zu gleichen Theilen.
2. Creosot 4,5
Alkohol (70 pCt.) 9,0
Glycerin 36,0.

Die beiden Lösungen sind je einen Tag um den andern (also täglich eine) zu appliciren. Wenn erforderlich, wird die Cur mit dem Galvanokauter vervollständigt. LEFFERTS.

50) **L. von Schrötter. Ozaena. (Ozaena.)** *N. Y. Med. Record. 4. März 1899.*

Kali jodati 0,5
Jodi puri 0,3
Glycerin 40,0.
S. zur localen Application. LEFFERTS.

51) **Hamm. Die Behandlung der Ozaena mit Citronensäure.** *Münchner medic. Wochenschr. No. 15. 1899. N. Y. Medical Journal u. N. Y. Medical News. 20. Mai 1899.*

Nach Ausspülung der Nase wird 3mal täglich Citronensäure mit gleichen Theilen Milchzucker als Pulver eingeblasen, der Fötor verschwindet und bei dauerndem Gebrauche tritt auch eine Secretionsverminderung ein; ein Specificum freilich ist das Mittel nicht. SCHECH.

52) **Richards. Formaldehyd bei atrophischer Rhinitis. (Formaldehyde in atrophic rhinitis.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 24. Juni 1899.*

R. nimmt 5—10 Tropfen Formaldehyd auf 250 Wasser nach vorheriger Reinigung und Cocainisirung der Nase zur Spülung. EMIL MAYER.

53) **Mc Bride. Kupfer-Electrolyse bei der Behandlung der Ozaena. (Cupric electrolysis in the treatment of ozaena.)** *N. Y. Med. Journ. 15. April 1899.*

Verf. beschreibt die Methodik der Elektrolyse und die Erfolge, die er mit derselben erzielt hat. Von 8 Fällen wurden 4 practisch geheilt, d. h. der Fötor

schwand, wenn auch die Atrophie blieb; ein Fall wurde erheblich gebessert, einer vorübergehend gebessert, die zwei letzten nur wenig und für ganz kurze Zeit gebessert.

LEFFERTS.

54) **Sarremone. Frühdiagnose der syphilitischen Gummata der Nase. (Diagnostic précoce des gommes syphilitiques du nez.)** *Arch. internat. de laryngol. etc.*

Verf. berichtet über 3 Fälle von tertiären Erscheinungen in der Nase und betont die Bedeutung des Schmerzes für die Diagnose.

E. J. MOURE.

55) **Ripault. Zur Behandlung des Lupus der Nase. (A propos du traitement du lupus du nez.)** *Annales des malad. de l'or. No. 1. Januar 1899.*

R. bedient sich abwechselnd der Curette und des Thermokauters. Der letztere muss breit und tief gebraucht werden; um das kranke Gewebe herum wird noch ein Kranz von Einstichen gesetzt.

E. J. MOURE.

56) **Eduard Lang. Operationsresultate bei Nasenlupus. (Results of operation on nasal lupus.)** *Laryngoscope. Juni 1899.*

Verf. operirte 8 Fälle. Von 7, über die er berichtet, verschwanden 2. Bei 2 trat ein Recidiv ein, bei einem an der ursprünglichen Stelle, beim zweiten etwas entfernt. In 3 Fällen trat kein Recidiv ein; dieselben sind jetzt 15 Monate bis $3^1/_2$ Jahr geheilt.

EMIL MAYER.

57) **T. A. de Blois. Submucöse Operationen an der Nasenscheidewand mit Erhaltung der Schleimhaut. (Submucous operations on the nasal septum with attempts of membrane grafting.)** *N. Y. Med. Journal. 8. October 1898.*

Wiedergabe eines auf dem 20. Congress der Americ. Laryngol.-Association gehaltenen Vortrags. Verf. beschreibt seine Operationsmethode. Er löst die Schleimhaut über der Spina oder Deviation erst ab und klappt sie nach oben, ehe er mit der Säge den vorspringenden Knorpel- oder Knochentheil entfernt. Zum Schluss wird der Lappen heruntergeschlagen und mit Collodium befestigt. Die Heilung vollzieht sich natürlich viel schneller, als wenn man die Fläche granuliren lässt.

LEFFERTS.

58) **J. Payson Clark. Sarcom der Nasenscheidewand. (Sarcoma of the nasal septum.)** *N. Y. Med. Journal. 7. Januar 1899.*

Verf. stellt die in der Literatur vorhandenen Fälle zusammen und berichtet über eine eigene Beobachtung.

LEFFERTS.

59) **W. E. Casselberry. Ergänzender Bericht über einen Fall von Nasenfibrom. (A case of nasal fibroma; a supplementary report.)** *N. Y. Medical Journal. 5. November 1898.*

Verf. stellt aus der neueren Literatur 11 Fälle von Nasenfibrom zusammen. Von seinem eigenen Falle giebt er weitere klinische Details und berichtet über die mikroskropische Untersuchung, welche die ursprüngliche Diagnose bestätigt. Das

Vorkommen des genuinen Fibroms in der Nase ist nach Allem wohl als selten anzusehen, aber als sicher und unbestreitbar. LEFFERTS.

60) **Urban G. Hitchcock. Der Einfluss der lymphoiden Hypertrophie auf die Epilepsie. (Influence of lymphoid hypertrophy on epilepsy.)** *N. Y. Medical Journal. 5. November 1898.*

In einem auf dem 20. Congress der Americ. Larongol.-Association gehaltenen Vortrage (vergl. Versammlungsbericht) theilt Verf. einen Fall mit, in dem der ursächliche Zusammenhang zwischen der Epilepsie und adenoiden Vegetationen unverkennbar ist. Schon die Häufigkeit dieser im Vergleich zu der Seltenheit jener erweist, dass ein solcher Zusammenhang kein häufiges Vorkommen ist. Immerhin aber existirt er, wie H.'s Fall von Neuem lehrt, und sollte bei der Untersuchung und Behandlung Epileptischer nie ausser Acht gelassen werden.

LEFFERTS.

61) **F. W. Hinkel. Ein Fall von plötzlichem Tod nach der unter Chloroformnarkose vorgenommenen Operation der Adenoiden; mit Bemerkungen über die Narkose bei diesem Eingriff. (Report of a death following immediately an operation for nasopharyngeal adenoids under chloroform, with remarks on chloroform anaesthesia in this operation.)** *N. Y. Med. Journal. 29. October 1898.*

Vortrag, gehalten auf dem 20. Congress der American Laryngological-Association. LEFFERTS.

62) **Arthur A. Bliss. Das Recidiviren adenoider Vegetationen nach ihrer operativen Entfernung. (The recurrence of nasopharyngeal adenoids after operations for excision.)** *N. Y. Med. Journal. 29. October 1898.*

Wiedergabe eines auf dem 20. Congrsss der American Laryngol.-Association gehaltenen Vortrags, über den im Verhandlungsbericht (p. 537) referirt ist.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

63) **R. Offer** (Wien). **Aschenanalyse eines Knochens bei Phosphornekrose.** *Wiener med. Blätter. No. 10. 1899.*

Das Ergebniss der chemischen Analyse spricht dafür, dass die Nekrose nicht auf eine directe Einwirkung der Phosphordämpfe auf das Knochengewebe zurückzuführen ist, sondern dass eine starke chemische Reizung des Periosts dasselbe zum Wuchern und schliesslich zum Verknöchern bringt. CHIARI.

64) **Preindlsberger** (Serajewo). **Ein Fall von Fibroma maxillae superioris.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 3. 1899.*

Dem Alveolarfortsatze des Oberkiefers einer 35jährigen Mohamedanerin sass eine Geschwulst auf, die bei geschlossenem Munde denselben vollständig über-

deckte und auch die Nasenöffnungen comprimirte. Der Tumor war derb, theils von Schleimhaut überkleidet, theils epidermisähnlich mit kleinen oberflächlichen Substanzverlusten, letzteres offenbar von der Nahrungsaufnahme herrührend.

CHIARI.

65) **Th. Deutz** (Utrecht). **Hutchinson'sche Zähne.** *Zeitschrift f. klin. Medicin. XXXVI. 1899.*

Hutchinson legt für die Erkennung der Syphilis hereditaria besonderen Werth auf den Stillstand der Entwickelung des mittleren Tuberkels der permanenten centralen oberen Schneidezähne, die dadurch eine Einkerbung und Verkümmerung erleiden. Das ist aber nach D. nicht richtig, da er solche Zähne auch bei nicht syphilitischen Personen gefunden hat.

Er hält vielmehr die Atrophieen des mittleren Tuberkels der oberen Incisivi für einen phylogenetischen Process; es stellt den Anfang einer Reduction der centralen Schneidezähne dar.

A. ROSENBERG.

66) **Klautsch. Ein Fall von Noma.** *Münch. med. Woch. No. 52. 1899.*

Ein schwächliches mageres Kind, das schon öfters leichte Zahnfleischblutungen gehabt hatte, bekam plötzlich eine zweimarkstückgrosse Schwellung der r. Backe zwischen Mund- und Kieferwinkel, über welcher die Haut leicht geröthet erschien; Lymphdrüsen am Halse geschwellt. Rapider Zerfall nach allen Richtungen, Tod nach 14 Tagen. Welcher Art die Erreger der Krankheit sind — neuerdings macht man auch die Diphtheriebacillen verantwortlich — ist noch nicht sicher eruirt.

SCHECH.

67) **Geo B. Hope. Die Uvula in ihren Beziehungen zu verschiedenen krankhaften Zuständen. (The uvula in its relations to various abnormal conditions.)** *N. Y. Med. Journal. 31. December 1898.*

Abdruck eines auf dem 20. Congress der Amer. Laryng.-Assocciation gehaltenen Vortrags. H. kommt zu dem Schluss, dass weder die Grösse, noch die Form des Zäpfchens bei der Inspection immer einen richtigen Aufschluss geben über die Beziehung, in der dasselbe im gegebenen Falle zu gewissen Reflexsymptomen steht. Subjective und nervöse Veränderungen, die nicht sichtbar sind, spielen bei der Production der in Frage kommenden Sensationen eine grosse Rolle. Die einfach erschlaffte und verlängerte Uvula ohne Hypertrophie des Musc. azygos ist der gewöhnlichste Typus der störenden Uvula. Unter den Reflexsymptomen sind neben dem Husten das Erbrechen zu nennen, ferner die Aura, die dem sogen. Kehlkopfschwindel vorangeht. Die rein nervösen Attacken concentriren sich bekanntlich häufig in der Gegend des Propharynx. Zu erwähnen ist auch in diesem Zusammenhange, dass C. L. Dana eine Herabsetzung des Uvulareflexes als eines der Frühsymptome nervöser Degeneration beschrieben hat.

LEFFERTS.

68) **Henke. Uvuladefect.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 3. 1899.*

Die Uvula kann auch ohne pathologische Veränderungen resp. Ursachen ehlen, wie H. beobachtete.

SCHECH.

69) **Vincent** (Lyon). **Hasenscharte und Gaumenspalte. Urano-Staphylorraphie mit gutem Resultat. (Bec de lièvre. Fissure le la voute palatine. Uranostaphylorraphie. Bon résultat.)** *Société de Chirurgie de Lyon. 22. October 1898.*

Die Hasenscharte wurde operirt, als das Kind 2 Jahre alt war, die Gaumenspalte in diesem Jahre. Das Resultat ist ein sehr zufriedenstellendes; das Kind beginnt jetzt verständlich zu sprechen.

Der Verf. weist auf die Ueberlegenheit der Operation vor allen den theuren und dabei lästigen Apparaten hin. Zur Vermeidung der Blutung empfiehlt V. bei der Operation die Nasenhöhle mit Jodoformgaze zu tamponiren, wodurch gleichzeitig dem restaurirten Gaumen eine Stütze gegeben wird. PAUL RAUGÉ.

70) **Fein** (Wien). **Ueber die Ursachen des Wolfsrachens und der hinteren Gaumenspalten.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 4. 1899.*

Nach F. ist eine häufige Ursache der Gaumenspaltbildungen die Hypertrophie der Rachentonsille; er giebt jedoch zu, dass erst derjenige den vollen Beweis für diese Anschauung erbringen kann, welcher dieses Vorkommniss in den ersten Fötalmonaten constatiren kann. CHIARI.

71) **Tandler** (Wien). **Ueber den Causalnexus zwischen Pharynxtonsille und Gaumenspalten.** Gesellschaft d. Aerzte in Wien, Sitzung vom 27. Januar 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 5. 1899.*

T. demonstrirt eine Reihe von Präparaten, betreffend die Frage von Uranoschisma und spricht sich gegen den ursächlichen Zusammenhang der Pharynxtonsille und Gaumenspalten aus, stützt sich dabei auf die Thatsache, dass zwischen dem vollständigen Verschluss der Gaumenspalten und der ersten Entwickelung der Rachentonsille ein Spatium von fast 3 Monaten im Embryonalleben liege. CHIARI.

72) **Gutzmann** (Berlin). **Die Darstellung der normalen Bewegungen des Gaumensegels beim Sprechen.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilkunde. April 1899.*

G. hat bei einer Pat., welche wegen Sarkom des Auges mehrfach operirt worden war und durch die Entfernung der knöchernen Seitentheile des Oberkiefers einen bequemen Ueberblick von der leeren Augenhöhle aus über die gesammte Oberfläche des Gaumens bis zum Nasenrachenraum ermöglichte, die Verhältnisse zwischen Tubenöffnung, Rachen und Velum sorgfältig nach dem Leben modellirt und dies auf einen Idealschnitt durch den Kopf übertragen. Diese Modelle sind in doppelter Lebensgrösse ausgeführt und geben die Bewegung des Gaumensegels naturgetreu wieder. SEIFERT.

73) **Levin** (Berlin). **Weitere Mittheilungen über die Betheiligung des weichen Gaumens bei der Stomatitis mercurialis.** *Monatsschr. f. prakt. Dermatologie. XXIX. 2. 1899.*

Zu zwei früher mitgetheilten Fällen von mercuriellen Geschwüren am weichen Gaumen fügt Levin drei weitere hinzu, bei welchen es sich um diese

seltene Localisation handelte, welche unter Umständen grosse differential-diagnostische Schwierigkeiten machen kann. In einem weiteren Fall, in welchem es sich um ein Individuum handelte, das graue Salbe gegen Morpionen angewandt hatte und bei offenbarer Idiosynkrasie gegen Quecksilber sich eine intensive Stomatitis mercurialis zugezogen hatte, beobachtete Levin die gleiche Localisation der mercuriellen Geschwüre am ganzen weichen Gaumen mit theilweiser Betheiligung des harten Gaumens.

SEIFERT.

74) **L. Barbier. Tuberculose mit Perforation des Gaumensegels. (Tuberculose avec perforation du voile du palais.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 20. Januar 1899. N. Y. Med. Journal. 18. März 1899. Americ. Practition. and News. Mai 1899.*

32jährige Frau, nicht syphilitisch, früher stets gesund, bekommt nach einer Grippe im September 1898 Schmerzen im Halse. Im December sucht sie das Krankenhaus auf; an der rechten Mandel wird ein Substanzverlust constatirt, ferner ein Geschwür mit einigen gelblichen Pünktchen an dem rechten vorderen Gaumenbogen und eine Anschwellung der Unterkieferdrüsen. Zuerst wird eine antisyphilitische Behandlung versucht, aber der Zustand verschlechterte sich und im Januar 1899 ist eine etwa linsengrosse Perforation im Gaumensegel vorhanden, die ganz rapide sich entwickelt hat und an deren Rande ebenfalls gelbliche Pünktchen hervorragen. Die Perforation vereinigt sich bald mit dem ersten Ulcus und in Kurzem ist ein Substanzverlust von 1—2 cm vorhanden. Die bacteriologische Untersuchung ergiebt Tuberkelbacillen. Die Patientin wirft nicht aus, die Lunge ist aber suspect. Pat. hat 3 Jahre lang mit einem Phthisiker, der im vergangenen Jahre starb, zusammengelebt. Durch Application 10proc. Milchsäure wird der locale Zustand gebessert.

A. CARTAZ.

75) **Edgar D. Smith. Fünf seltene Fälle von tuberculöser Ulceration des weichen Gaumens und der benachbarten Weichtheile mit Erwähnung anderer Fälle von tuberculöser Ulceration der oberen Luftwege. (Five rare cases of tuberculous ulceration of the soft palate and adjoining soft tissues, with mention of other cases of tubercular ulceration of the upper air-passages.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Februar 1899.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

76) **J. F. Barnhill. Perforationen des harten und weichen Gaumens. (Perforations of the hard and soft palate.)** *The Medical and Surgical Monitor. 25. Juni 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

77) **Jürgen Möller. Ein neuer Gaumenhaken.** *Monatschrift f. Ohrenheilkunde. No. 6. 1899.*

Ist im Original zu lesen.

SCHECH.

d. Diphtheritis und Croup.

78) **J. J. Ferrer. Differentialdiagnose von Diphtherie und membranösem Croup. (Differential diagnosis of diphtheria from membranous croup.)** *Charlotte Med. Journal. März 1899.*

Der membranöse Croup ist weder contagiös noch infectiös; Diphtheriebacillen finden sich nicht bei ihm; der Tod erfolgt durch Erstickung. F. hält deshalb an der Nichtidentität von Croup und Diphtherie fest.

EMIL MAYER.

79) **D. C. Bowen. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Louisville Medical Journal. März 1899. Charlotte Med. Journal. April 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

80) **Henry Koplik. Diphtheritische Angina. (Diphtheritic angina.)** *N. Y. Medical Record. 18. März 1899.*

Jede noch so leichte Angina, bei der Loeffler'sche Bacillen nachgewiesen werden, muss unerbittlich isolirt werden; wenn wir sie auf die Diphtherieabtheilung und unter schwere Fälle verlegen, so thun wir doch nichts anderes, als wenn wir einen leichten Masernfall unter schwere Masern legen und daran hat nie jemand Anstoss genommen.

LEFFERTS.

81) **Lissner** (Berlin). **Ein Fall von diphtheritischer Infection eines Neugeborenen.** *Arch. f. Kinderheilk. 26. Bd. 5. u. 6. H. 1899.*

Ein 19 Tage altes Kind kam in die Poliklinik von L. mit Diphtherie der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Injection von 800 A. E. Behringserum. Nach 10 Tagen Heilung. Die Diagnose war durch den Nachweis von Diphtheriebacillen gesichert. Nach 3 Wochen linksseitige Augenmuskellähmung, die nach 2 Wochen zurückging. Die Nase war primär erkrankt und erst secundär wurden Pharynx und Larynx ergriffen.

SEIFERT.

82) **Francis E. Park. Ein Fall von diphtheritischer Laryngitis complicirt mit acuter Bronchitis und Bronchopneumonie bei einem 15 Monate alten Kinde; Ausgang in Heilung. (A case of diphtheritic laryngitis supplemented by bronchopneumonia and acute bronchitis in a child fifteen months old; recovery.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 27. April 1899.*

Das Kind wurde intubirt; die Tube blieb 8 Tage liegen. Ausserdem wurden in den ersten 4 Tagen 13000 I. E. Diphtherieserum gegeben. Die Heilung war vollständig.

EMIL MAYER.

83) **N. Englund. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 15. April 1899.*

Rp. Jod. trichlor. 5
Aqu. destill. 500
Saccharin 50.

M. D. S. 10fach mit Wasser verdünnt, 10mal am Tage als Gurgelwasser zu gebrauchen.

Rp. Natr. sozojodol pulv. 5,0,
Sulph. praecip. 15,0.
M. D. S. Nach dem Gurgeln — 10mal täglich — in Nase und Hals zu blasen.

LEFFERTS.

84) **Budwald** (Breslau). **Ueber Diphtheritis und deren Behandlung.** Separ.-Abdruck aus der *Breslauer Statistik. Bd. 17. Heft 3. 1898.*

In den Jahren 1894—1896 wurden im Allerheiligen-Hospital 215 Fälle mit Heilserum behandelt, davon starben 35 Fälle = 16,28 pCt., geheilt wurden 180 = 83,72 pCt. Während 1890—93 noch 57 pCt. zur Tracheotomie kamen, wurden in den Jahren 1894—1896 nur noch 30,86 pCt. zur Tracheotomie bestimmt. Postdiphtherische Lähmung bei den Injicirten wurde in 93 Fällen, Albuminurie in etwa 36,65 pCt., Exantheme in 74 Fällen beobachtet.

SEIFERT.

85) **J. C. J. Bierens de Haan** (Leiden). **Die Erfolge der Serumbehandlung der Diphtherie im Krankenhaus zu Leiden 1894—1899. (De uitkomsten der serumbehandeling van diphtherie aan het Leidsche Ziekenhuis van 1894—1899.)** *Tijdschr. v. Geneesk. II. S. 289. 1899.*

Die Statistik umfasst 224 Fälle; gestorben sind 24 Patienten (11 pCt.); bei 106 Patienten wurde die Tracheotomie gemacht, welche de H. weit mehr liebt als die Intubation. Hauptsache ist, wie früher, bei v. Iterson's Operationsmethode die mechanische Entfernung von Membranen mittelst kleiner Wattetampons, welche an langen gekrümmten Pincetten bis unter die Bifurcatio tracheae geführt werden. Es wurde immer Spronck'sches Serum eingespritzt und wurde die Indication für die Tracheotomie weniger schnell gestellt wie früher. Schädliche Folgen des Serums wurden nicht gesehen. Die erheblich geringere Mortalität der Tracheotomirten ist ein kräftiges Argument für die Wirksamkeit des Serum. Wenn in schweren Fällen 1—4 Tage p. o. die Expectoration sistirt, weil die Pseudomembranenbildung sich bis tief in die Bronchien fortgesetzt hat, so wird von Neuem, nöthigenfalls sogar wiederholentlich, die Reinigung der Luftwege mittelst kleiner Wattetampons vorgenommen, und manchmal in diesen sonst so verzweifelten Fällen Heilung erzielt (16 Mal). Die absolute Anzahl Gestorbener ist bedeutend kleiner geworden, während jedoch die Zahl der behandelten Patienten zugenommen hat.

H. BURGER.

86) **L. B. Anderson. Die Aetiologie, Pathologie und Therapie der Diphtheritis. (The etiology, pathology and therapeutics of diphtheria.)** *Southern Clinic. April 1899.*

Verf. ist gegen das Serum. Er giebt Tct. sanguinariae canadensis in häufigen kleinen Dosen.

EMIL MAYER.

87) **William Cheatham. Die Serumtherapie der Diphtheritis. (The serum treatment of diphtheria.)** *Southern practitioner. März 1899.*

Verf. ist Anhänger der Serumtherapie.

EMIL MAYER.



88) **William Sydney Thayer. Die Serumtherapie der Diphtheritis. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Philad. Med. Journ. 1. März 1899.*

Der Verf. sagt, dass weniges in der Medicin besser theoretisch und praktisch bewiesen ist, als der praktische Werth des Serums. EMIL MAYER.

89) **Redact. Notiz. Die Erfolge der Serumtherapie bei Diphtheritis in Chicago. (The results in Chicago of the treatment of diphtheria with antitoxin.)** *Philad. Med. Journ. 1. April 1899.*

Die Mortalität der letzten 3 Jahre ist im Vergleich zu den 3 Jahren vor diesen um 43 pCt. herabgegangen. In 4 Monaten betrug die Mortalität unter 418 Fällen nur 4,78 pCt. EMIL MAYER.

90) **Alfred E. Harris. Die Serumtherapie bei Diphtheritis. (The antitoxine treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Joarnal. 1. April 1899.*

Die Mortalität in H.'s Bezirk ist auf 12 pCt. heruntergegangen. Der Verf. vergleicht die 98er Statistik mit der früherer Jahre und kommt zu dem Schluss, dass die Zahlen auf jeden unvoreingenommenen Beurtheiler Eindruck machen müssen. LEFFERTS

91) **W. P. Northrup. Die Serumtherapie der Diphtheritis in New York Foundling Hospital im Jahre 1898. (The serum treatment of diphtheria in the New York Foundling Hospital during 1898.)** *N. Y. Med. News. 29. April 1899.*

103 Patienten mit 13 Todesfällen, d. i. eine Mortalität von $12^1/_2$ pCt.

LEFFERTS.

92) **J. von Bokay. Intubation und Serumtherapie. (Intubation and antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 8. April 1899.*

Der Verf. stellt 44 Fälle zusammen, in denen er die Intubation mit der Serumtherapie verbunden hat, und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. der Zeitpunkt der endgültigen Extubation ist nicht innerhalb enger Grenzen beschränkt — er wechselte in meinen Fällen zwischen $^1/_4$ Stunde und 360 Stunden nach der Intubation. 2. Die Durchschnittsdauer der Intubation im Hospital betrug vor der Serumperiode 79 Stunden, während derselben nur 61 Stunden. 3. Da bei 16,2 pCt. meiner geheilten Fälle die Tube länger als 120 Stunden liegen blieb, kann ich der Meinung nicht beipflichten, dass zur Vermeidung von schwerem Decubitus die Tracheotomie gemacht werden muss, wenn der Patient nicht nach 5mal 24 Stunden endgültig extubirt werden kann. LEFFERTS.

93) **Schlesinger. Die Intubation bei der diphtheritischen Larynxstenose in der Privatpraxis.** *Münch. med. Woch. No. 14. 1899.*

Während in Amerika auch viel in der Privatpraxis intubirt wird, glaubt man in Deutschland, diese Methode eigne sich nur für die Behandlung in Krankenhäusern; daran hat bisher auch die Serumbehandlung nichts geändert. Schl. theilt 4 Fälle mit, die in der Privatpraxis unter ungünstigsten Verhältnissen behandelt wurden und günstig verliefen; er empfiehlt also die Methode auch für die Privat-

praxis, zumal eine stetige ärztliche Beaufsichtigung der intubirten Kinder nicht nöthig sei und die Intubation zeitlich den Arzt nicht mehr in Anspruch nehme, als die Tracheotomie.

SCHECH.

94) **Giannettasio** (Sienna). **Intubation des Larynx bei Croup. (La intubazione della Laringe nel Croup.)** *Bolletino d. Malatt. d. Orecchio d. Gola e d. Naso. Florenz. April, Mai 1899.*

Verf. giebt eine historische und statistische Uebersicht über die Intubationsfrage und berichtet eingehend über 9 eigene Fälle, in welchen die Intubation ausgeführt wurde. Von 5 Patienten, die vollständig geheilt wurden, musste bei 2 die secundäre Tracheotomie gemacht wereen. Von den anderen vier ist einer zur Zeit des Berichts von dem localen Leiden zwar hergestellt, aber doch noch in einem kritischen Zustande, da sich eine septische Pneumonie hinzugesellt hat; ein Fall starb an Herzlähmung fast am Ende der Revonvalescenz und 2 starben während der Behandlung durch Adynamie. In allen 9 Fällen war die Serotherapie angewendet worden.

JAMES DONELAN.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

95) **Henry R. Slack. Catarrhalische Laryngitis. (Catarrhal laryngitis.)** *Journ. Americ. Med. Assoc. 6. Mai 1899.*

Verf. bezeichnet mit obigem Ausdruck auch den spasmodischen Croup, bei dem er folgende Mischung verschreibt. Er sagt von derselben, dass die erste Dosis schon Heilung bringt, dass er aber nie unterliess, dieselbe durch eine zweite zu sichern.

Rp. Chloral hydrat. 5,0
Kalii bromat. 3,0
Ammon. bromat. 2,0
Aqu. Cinnamom. 62,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll zu nehmen; event. nach 20 Min. ein zweiter.

EMIL MAYER.

96) **Rice. Catarrhalische Laryngitis. (Catarrhal laryngitis.)** *Western Medical Review. 15. Juni 1899.*

Der Verf. empfielt folgende Inhalationen:

Rp. Pix liquid. 16,0
Alkohol 8,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll auf einen Schwamm zur Inhalation.

Rp. Morphin. sulfur. 0,06
Extr. Hyoscyami 0,3
Glycerin
Alkohol ana 16,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll auf einen Schwamm.

Pulv. Camphor. 12,0
Menthol
Ol. pin. sylvestr. ana 16,0
Ol. Picis 32,0.
M. D. S. 2—10 Tropfen zur Inhalation.
Thymol 1,0
Eucalyptol 1,30
Creosot 8,0
Ol. pin. sylvestr. 16,0
Ol. gaultheriae 4,0.
M. D. S. 2—5 Tropfen zur Inhalation.

EMIL MAYER.

97) **Cieglewicz. Acuter Kehlkopfcatarrh und Pseudocroup. (Acute laryngeal catarrh and pseudo-croup.)** *N. Y. Med. Record. 22. April 1899.*

Rp. Ichthyol 2
Aqu. frigidae 100.

S. Mittelst des Richardson'schen Zerstäubers ein- oder zweimal am Tage 3—5 Minuten lang als Spray zu gebrauchen.

LEFFERTS.

98) **Capitan** (Paris). **Die extra- und endolaryngeale Therapie. (La thérapeutique extra- et endo-laryngée.)** *Médecine Moderne. 8. Februar 1899.*

1. Aeussere Medication.
a) Application heisser Schwämme
b) Pinselung des äusseren Halses mit folgender Mischung:

Chloroform
Alkohol
Aether ana 5,0
Menthol 1,0
Ammoniak 25 gtt.

c) Inhalation von Borwasser, dem 10—20 Tropfen von folgender Mischung zugesetzt sind:

Aqu. destill. 15,0
Cocain. muriat. 0,15
Morphin. hydrochlor. 0,10
Antipyrin 2,0
Kal. bromat. 50.

2. Endolaryngeale Medication. Intralaryngeale Injection einer Lösung von Menthol in Süssmandelöl 15 : 100 oder von Orthoformöl $^1/_5$.

PAUL RAUGÉ.

99) **Didsbury. Zur laryngealen Inhalation. (For laryngeal inhalation.)**. *N. Y. Medical Journal. 25. März 1899.*

Tct. benzoin. 3,6
Tct. eucalypt. 3,6
Tct. sapon. 5,4

Aqu. lauroceras. 9,0
Aqu. destill. 225,0.
M. D. S. 2mal täglich 5 Minuten lang zu inhaliren. LEFFERTS.

100) **Uchermann** (Christiania). **Ueber Laryngitis rheumatica circumscripta (nodosa) s. g.** *Norsk. Magazin for Lägevidenskaben. Nov. 1898. S. 1165.*

Verf. bringt in dieser Arbeit seine Auffassung der oben genannten Krankheit, die er auf dem Moskauer Congress bereits beschrieben hat, von Neuem zum Ausdruck. Unter circumscripter rheumatischer Laryngitis versteht er eine selbstständige Krankheit, nicht eine acute Laryngitis, die acuten Gelenkrheumatismus complicirt. Sie steht auf rheumatischem Boden und erzeugt ein eigenartiges Symptomenbild in Form von festen, empfindlichen Infiltraten, die schnell beim Gebrauch von Salicylsäure verschwinden. Die Krankheit ist nicht febril und tritt bei Leuten, die früher Gelenkrheumatismus gehabt haben oder „rheumatisch" sind, auf.

Die Krankheit (Laryngitis rheumatica nodosa sui generis) kann bisweilen mit der gummösen Infiltration des Introitus laryngis verwechselt werden.

SCHMIEGELOW.

101) **Francis Huber. Postlaryngeale Eiterung. (Postlaryngeal suppuration.)** *Pediatrics. 1. Februar 1899.*

Durch Exclusion anderer Affectionen wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf einen entzündlichen Process im Bindegewebe hinter dem Larynx gestellt. In einem Erstickungsanfall wurde eine erhebliche Menge Eiter ausgeworfen; danach trat rasch Besserung und Heilung ein. EMIL MAYER.

102) **Clarence C. Rice. Acute entzündliche Zustände der oberen Luftwege begleitet von Kehlkopfoedem. (Acute inflammatory conditions of the upper air-passages accompanied by laryngeal oedema.)** *N. Y. Medical Journal. 3. December 1898.*

Vortrag, gehalten auf dem 20. Congress der Americ. Laryngol.-Assoc. vergl. den Verhandlungsbericht p. 538). LEFFERTS.

103) **J. R. England. Oedem der Glottis während der Narkose. (Oedema of the glottis during anaesthesia.)** *Montreal Medical Journal. Mai 1899.*

Bei der Darreichung des Narcoticums in einem schweren Falle von Halsphlegmone starb der Kranke plötzlich, während eine Menge fötiden Eiters aus seinem Munde sich entleerte. Die Tracheotomie und künstliche Athmung waren erfolglos. — Der Verf. räth zu früher Operation und macht auf die Gefahren der Narkose in solchen Fällen aufmerksam. EMIL MAYER.

104) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Laryngeale und tracheale Ozaena. (Laryngeal and tracheal ozaena.)** *Austral. Med. Gazette. 20. Juni 1899.*

H. stimmt mit Luc dahin überein, dass die Krusten sich in Larynx und Trachea primär bilden und nicht von der Nase heruntersteigen. Er erzielte erhebliche Besserung durch tägliche Application einer 30proc. Lösung von Phenol. sulforicinic. und Injection von Menthol und Guajacol in flüssigem Albolen.

A. J. BRADY.



105) **A. A. Gray** (Glasgow). **Bericht über einen Fall von Mykosis des Larynx. (Mycosis of the larynx, with notes of a case.)** *Glasgow Medical Journal. März 1899.*

Der Fall, über den G. berichtet, ist einzigartig durch die Beschränkung der Mycose auf den Larynx.

32jähriger Mann, seit vielen Jahren heiser, seit einigen Monaten über Trockenheit im Halse und schnelles Ermüden beim Sprechen klagend. Vor 10 oder 12 Jahren hat er einen Gelenkrheumatismus durchgemacht; keine Syphilis; keine Gewichtsabnahme in den letzten Jahren; kein Husten; auf den Lungen physikalisch nichts nachweisbar.

Die Untersuchung des Larynx ergiebt: links erhebliche Schwellung, besonders an den hinteren Partien und an den Plicae ary-epiglottica. Am stärksten ist die Schwellung über dem linken Aryknorpel, an dessen oberen Theil eine kleine weisslich-graue Verfärbung der Oberfläche besteht, die wie ein Ulcus aussieht. Das linke Stimmband ist fixirt. Die rechte Kehlkopfhälfte erscheint normal.

Zweimal wird ein Stück von der geschwollenen Partie entfernt und untersucht. Es finden sich keine Tuberkelbacillen, dagegen reichliche Leptothrixfäden. Eine weissliche Masse lässt sich aus dem excidirten Gewebe herausquetschen, die fast ganz aus Leptothrix besteht. Mund, Rachen und Nasopharynx sind frei von Leptothrix.

Kreosot- und Menthol-Inhalationen wurden nach einander angewendet, eine kurze Zeit auch Jodkali. Innerhalb $3^1/_2$ Monaten verschwand die Schwellung, das linke Stimmband aber blieb fixirt. Der Verf. ist geneigt, das fixirte Stimmband mit dem früheren Gelenkrheumatismus in Verbindung zu bringen, so dass es mit der Mykose gar nichts zu thun hat.

A. LOGAN TURNER.

106) **W. Freudenthal. Chronische Urticaria des Kehlkopfs. (Chronic urticaria of the larynx.)** *Medical Bulletin. Mai 1899.*

F. berichtet über einen Fall dieser Art. Die einzige Therapie, die einen gewissen Werth zu haben schien, war die intralaryngeale Injection von 20 pCt. Mentholöl.

EMIL MAYER.

107) **Sarremone. Syphilitischer Schanker des Kehlkopfs. (Syphilitic chancre of larynx.)** *Medical Review. 24. Juni 1899.*

S. theilt einen Fall von Schanker am rechten Taschenbande mit späterer Adenitis und Roseola mit.

EMIL MAYER.

108) **von Zander** (Berlin). **Lungenspitzencatarrh und Ulcera laryngis.** *Berliner klin. Wochenschr. 8. 1899.*

Demonstration eines durch Tuberculin R. ausserordentlich günstig beeinflussten Falles.

ZARNIKO.

109) **John O. Roe. Frühdiagnose der Tuberculose aus dem laryngoskopischen Bilde. (Early diagnosis of tuberculosis by the laryngoscopic picture.)** *N. Y. Medical Record. 13. Mai 1899.*

Die laryngoskopische Untersuchung ist für die Frühdiagnose der Lungen-

tuberculose hervorragend wichtig. Das eigenartige anämische Verhalten des Larynx und das ganze Aussehen seiner Schleimhaut weisen oft auf Lungentuberculose hin, lange bevor Bacillen im Sputum oder physikalische Zeichen am Thorax nachweisbar sind.

LEFFERTS.

110) **W. F. Chappell. Die Kehlkopftuberculose im Loomis-Sanatorium. (Laryngeal tuberculosis at the Loomis sanitarium.)** *N. Y. Medical Journal. 10. September 1898.*

Vortrag, gehalten auf dem 20. Congress der American Laryngological-Association; vergl. den Verhandlungsbericht (d. Heft S. 534).

LEFFERTS.

111) **Kassel. Zur Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 6. 1899.*

K. empfiehlt gegen Schluckschmerz Orthoform, besonders aber eine 10 proc. Lösung von Nicronin; um die Lösungen des letzteren haltbarer zu machen, setzt K. einer Lösung von 1,0 : 100,0 Wasser noch 0,1 Acid. salicyl. zu.

SCHECH.

112) **Freudenthal. Die Behandlung der Dysphagie und des Hustens speciell bei Tuberculose.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 3. 1899.*

Die Resultate des Curettement waren bald günstig, bald ungünstig, indem die Dysphagie nicht verschwand. Sehr empfehlenswerth ist dagegen das Orthoform, welches die Schluckschmerzen von wenigen Stunden bis zu zwei Tagen beseitigt. Freudenthal wendet es an als Pulver 4,0 mit Menthol 2,0 und Stereat. zinc. 4,0 an oder auch als Emulsion (Menthol 60,0, Ol. amygd. dulc. 30,0, Vitelli ovor. 30,0, Orthoform 12,5, Aq. destill. ad 100,0), welche mit der Kehlkopfspritze applicirt wird. Gegen Husten ist das Heroin ein vorzügliches Mittel; da dasselbe aber oft Stuhlverstopfung macht, so verordnet Fr. es in Tablettenform mit Extract. Cascar. sagr. 0,03. Die Phototherapie wandte Fr. vielfach an mit einem ursprünglich für die Durchleuchtung des Kehlkopfes construirten Apparate, der im Original abgebildet ist und erzielte in einigen Fällen recht günstige Erfolge.

SCHECH.

113) **E. L. Shurly. Bericht über die chirurgische Behandlung von Lupus und Tuberculose des Larynx im Zusammenhang mit der Tracheotomie. (A note on the surgical treatment of lupus and tuberculosis of the larynx in connection with tracheotomy.)** *N. Y. Med. Journal. 10. September 1898.*

In jedem Falle von Lupus oder Tuberculose des Larynx, in dem die Läsionen so ausgebreitet oder derart gelegen sind, dass eine chirurgische Behandlung am Platze ist, macht Verf. vor jedem anderen Eingriff die Tracheotomie. Die vorherige Einführung der Canüle erweist sich als sehr werthvoll. Man gewinnt Zeit und Ruhe zum Operiren und vermeidet die Störungen, die sonst so oft durch Spasmen, Blutungen oder Schwellungen nach den verschiedenen Eingriffen eintreten.

LEFFERTS.

114) **G. Brat** (Amsterdam). **Lupus des Kehlkopfes. (Lupus van het Strotten hoofd.)** Diss. Amsterdam, J. H. de Bussy. 1899.

In dieser sorgfältig bearbeiteten Dissertation wird hauptsächlich der Kehlkopflupus in seiner Beziehung zu den übrigen tuberculösen Larynxaffectionen einerseits und zu den tuberculösen Hautleiden andrerseits studirt. Nach einem Ueberblick über die tuberculösen Erkrankungen der Haut beschreibt Verf. seine eignen Beobachtungen, nämlich 5 Fälle von primärem Kehlkopflupus, die er in Ref.'s Poliklinik untersucht hat, sowie 4 Fälle von secundärem Larynxlupus aus dieser und der Posthumus Meyes'schen Poliklinik.

Aus der Literatur hat er 114 genügend detaillirt beschriebene Fälle von secundärem Larynxlupus zusammengetragen und bespricht er an der Hand dieser von ihm analysirten Krankengeschichten die Symptomatologie. Das Leiden beginnt fast regelmässig am Aditus laryngis; der Kehldeckel ist fast constant ergriffen. Die Plicae ary-epliglotticae waren in 45 pCt., die Regio interarytaenoidea in 42 pCt. der Fälle erkrankt.

Die Regio subglottica ist nur sehr selten mitleidend. Perichondritis kommt am häufigsten am Kehldeckel vor. In 44 pCt. der Fälle bestanden grössere Defecte dieses Knorpels. Dagegen ist Erkrankung der anderen Kehlkopfknorpel sehr selten.

Subjective und functionelle Störungen fehlen oft vollständig und wird das Larynxleiden oft bei zufälliger laryngoskopischer Untersuchung entdeckt.

Unter seinen 114 Fällen waren Stimmstörungen in 53 pCt., Athemstörungen in 26 pCt., Schluckbeschwerden in 20 pCt. vorhanden, allein der wirkliche Procentsatz dieser Symptome beim Larynxlupus muss natürlich bedeutend niedriger sein.

Halsschmerzen, Husten und Expectoration werden als Folgen von Kehlkopflupus nur ausnahmsweise angegeben.

Oft treten die Symptome des concomittirenden Rachen-, Mund- oder Nasenlupus in den Vordergrund des klinischen Bildes. Der Verlauf der Leidens ist ein äusserst langsamer und wird dasselbe in dieser Hinsicht nur von der Lepra, mitunter vielleicht auch vom Scleroma übertroffen. Sein Wesen ist aber progressiv und ist die Prognose, auch diejenige der Stimmstörung, ungünstig. Die Abschnitte über die Histologie und die Pathogenese seien hier nur erwähnt.

Vom primären Larynxlupus hat Verf. 16 genügend detaillirt beschriebene Fälle in Tabellenform zusammengetragen. [Isambert, Ziemssen, Haslund, Obertüschen, Block, Garré, Longie, Moritz, Garel, Burger (2), Bartz, Brondgeest, Heymann, Rubinstein, Mayer.] Die Besprechung dieses Abschnittes führt zu dem Schlusse, dass der primäre Larynxlupus mit dem secundären im Wesen, im klinischen Bilde und im Verlaufe vollständig übereinstimmt.

In einem kurzen aber interessanten Capittel bespricht Verf. die übrigen tuberculösen Krankheiten des Kehlkopfes und kommt zu dem Schluss, dass neben denselben der Lupus als selbstständiges klinisches Bild zu Recht

besteht. Uebrigens vertheidigt er die Analogie der drei Hauptformen von Larynx-tuberculose mit den Hauptformen der tuberculösen Hautleiden: des Kehlkopflupus mit dem Lupus vulgaris cutis, der Tuberculosis laryngis ulcerativa mit der Tuberculosis cutis ulcerativa, der Scrophulomucosa laryngis (Tumor laryngis tuberculosus) mit der Scrophuloderma.

Die letzten zwei Capittel sind der Diagnose und der Therapie gewidmet.

H. BURGER.

115) **C. T. Hansen** (Kopenhagen). **Lepra tuberosa ulcerosa.** Verhandlungen d. dänischen dermatol. Gesellsch. — *Hospitals-Tidende. S. 633. 1899.*

Ein 57 jähriger Mann aus Schweden wurde mit den Symptomen der obengenannten Krankheit in der dän. dermatolog. Gesellsch. vorgestellt.

Es wurden lepröse Knoten in grosser Menge überall in der Haut constatirt. An der Zungenspitze und dem Zungenrücken, insbesondere nach hinten zu, sassen grössere hervorspringende Knoten mit dornartig hervorstehenden hypertrophischen Papillen. Die Schleimhaut des harten Gaumens war voll von Ulcerationen, die sich längs der Mitte des weichen Gaumens auf die Uvula, die Gaumenbögen und Tonsillen fortsetzten. Die Stimme ist charakterisch heiser. Die Epiglottis ist steif und unbeweglich; die Ränder stark geschwollen und mit Knoten besetzt. Die Plicae ary-epiglotticae sind geschwollen und blass, die wahren Stimmbänder etwas injicirt tumeficirt, aber ohne Ulcerationen. — In der Nasenhöhle sind ulcerirte Knoten zu sehen. — Die Diagnose wird mikroskopisch durch Nachweis der Bacillen gesichert.

SCHMIEGELOW.

116) **T. Melville Hardie. Die Thyreotomie beim Larynxpapillom der Erwachsenen. (Thyreotomy in papilloma of the larynx in adults.)** *N. Y. Medical Journal. 7. Januar 1899.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von Papillom des Kehlkopfs bei Erwachsenen, in denen er die Thyreotomie gemacht hat und spricht über die Indicationen dieser Operation (vergl. den Verhandlungsbericht des 20. Congresses der Amer. Laryngol.-Association).

LEFFERTS.

117) **F. W. Hinkel. Ein Fall von Fibrolipom des Kehlkopfs. (Report of a case of fibro-lipoma of the larynx.)** *N. Y. Med. Journ. 29. October 1898.*

Vergl. den Verhandlungsbericht des 20. Congresses der Amer. Laryngol.-Association (d. Heft S. 537).

LEFFERTS.

118) **J. E. Hopkins. Einige übersehene Ursachen von Husten. (Some overlooked causes of cough.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 2. Februar 1899.*

H. bespricht verschiedene Ursachen von Reflexhusten und berichtet über 5 Fälle von lymphoider Hypertrophie und Varicen der Zungenbasis, die prompt durch den Galvanokauter geheilt wurden.

EMIL MAYER.

119) **A. J. Mc Intyre. Reflexhusten. (Reflex cough.)** *Medical Dial. Januar 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.



120) **J. J. Richardson. Extrapulmonärer Husten. (Extra-pulmonary coughs.)** *Dietetic and Hygienic Gazette. Januar 1899.*

R. erwähnt die verschiedenen nasalen, pharyngealen und laryngealen Zustände, die Husten verursachen können und berichtet über 6 Fälle, in denen der Husten durch Beseitigung derartiger Ursachen geheilt wurde. EMIL MAYER.

121) **Schaeffer. Uterushusten. (Uterine cough.)** *N. Y. Medical Record. 11. März 1899.*

Verf. studirt die nervösen Verbindungen des Genitaltractus, die als Reflexleiter bei Auslösung des Hustens in Frage kommen. Die lokale Behandlung wirkt in Fällen von Retroflexio, Prolaps und Aehnlichem sehr prompt.

LEFFERTS.

122) **R. A. Lancaster. Keuchhusten. (Whooping cough.)** *N. Y. Med. Record. 4. Februar 1899.*

Tct. Belladonnae 7,5
Phenacetin 11,25
Spir. frumenti (q. s. ad solv.) 3,75
Fluid extr. castaneae 22,50

M. D. S. 3 stdl. 1 Theelöffel voll, bis das Gesicht congestionirt ist, dann 4 und 6 stdl. nach Bedürfniss; für ein Kind von 6 Jahren. LEFFERTS.

123) **J. Madison Taylor. Keuchhusten. (Whooping cough.)** *Philad. Medical Journal. 11. März 1899.*

T. verordnet Antipyrin in folgender Zusammensetzung:

Antipyrin 0,03—0,06
Ammon. chlor. 0,15—0,3
Syr. limon. 1,5
Aquae ad 3,75

oder

Antipyrin 0,03—0,12
Ammon. brom. 0,06—0,12
Ammon. mur. 0,3
Syrup. ad 3,75
S. 3 stdl. zu nehmen. EMIL MAYER.

124) **Louis Kolipinski. Coupirung hartnäckigen Keuchhustens durch Herabdrücken der Zunge. (Arrest of obstinate hiccough by depressing the tongue.)** *Medical Age. 25. Juni 1899.*

Die Ueberschrift erklärt den Inhalt der Mittheilung. EMIL MAYER.

125) **Frerichs. Gegen Glottiskrampf. (For spasm of the glottis.)** *N. Y. Med. Journal. 6. Mai 1899.*

Extr. Belladonnae 0,27
Ammon. anisat. 2,25
Aqu. destill. 13,50

M. D. S. 10—20 Tropfen 3 stündlich z. n. LEFFERTS.

126) **Hamilton Stillson. Ein Fall von spasmodischem Glottisschluss beim Erwachsenen. (Spasmodic closure of the glottis in the adult. A case.)** *N. Y. Medical Journal. 9. Januar 1899.*

Der Glottisspasmus ist beim Erwachsenen sehr selten. S. theilt einen weiteren Fall mit, in welchem die Affection nach seiner Meinung allein durch nasale Complicationen verschuldet ist. LEFFERTS.

127) **Cl. Bernoud. Neun Fälle von Kehlkopfkrampf. (Nine cases of laryngeal spasm.)** *Laryngoscope. Juni 1899.*

B. sieht die Ursache der Spasmen in einer peripheren Reizung des N. laryngeus superior. EMIL MAYER.

128) **John E. Rhodes. Tensorenkrampf der Stimmbänder. (Spasm of the tensors of the vocal cords.)** *N. Y. Medical Journal. 25. Februar 1899.*

Abdruck des auf dem 20. Congress der Americ. Laryngol. Assoc. gehaltenen Vortrags (vergl. d. II. S. 536). Verf. berichtet über 5 eigene Fälle, von denen er 3 ausführlich mittheilt. Für die Diagnose wesentlich ist der Krampfzustand der Kehlkopfmuskeln beim Phonationsversuch, mit der Hervorbringung der charakteristischen Stimme, bei mehr oder weniger normalem Aussehen der Theile im laryngoskopischen Bilde. Die Prognose ist ungünstig. Nur wenig Fälle werden geheilt oder wesentlich gebessert. Von R.'s eigenen Fällen wurden zwei sehr gründlich behandelt mittelst Ruhe, Athem- und Sprachübungen, Electricität, localen Applicationen, Strychnin, Arsen, nervenberuhigenden Mitteln etc., ohne dass sie auch nur das geringste gebessert sind. LEFFERTS.

129) **A. S. de Bruyn** (Zeist). **Drei Fälle von sogenanntem Larynxstridor. (Drie gevallen van den zoogen larynxstridor.)** *Med. Weekblad. V. No. 51. 18. März 1899.*

Drei Fälle von angeborener Stenose der Luftwege, welche allmälig nachliess, und deren Ursache und Sitz nicht eruirt werden konnte. H. BURGER.

130) **E. Percepied. Ictus laryngis. (Ictus laryngé.)** *Normandie médicale. 1. Februar 1899.*

P. stellt 12 Fälle zusammen; von den 12 Patienten litten 5 an Asthma und Emphysema pulmonum, 1 an Heufieber, 4 an Bronchitis mit Emphysem, 2 an Tuberculose.

In 3 Fällen war excessiver Tabakgenuss zu constatiren, bei 8 bestand eine Pharyngitis, bei 5 Hypertrophie der Muschelschleimhaut.

Bezüglich der Auffassung der Krisen schliesst sich Verf. der Theorie von Mecklen an; zur Behandlung empfiehlt er Antipyrin. A. CARTAZ.

f. Schilddrüse.

131) **J. L. Reverdin** (Genf). **Die chirurgische Behandlung des Kropfes, mit Ausschluss von Krebs und Basedow'scher Krankheit. (Traitement chirurgical du goitre, cancer et goitre exophthalmique exceptés.)** *Rapport au Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

Hinsichtlich der operativen Indicationen müssen die Kropfgeschwülste eingetheilt werden:

1. nach ihrer Natur in:
   a) diffuse Kröpfe (folliculäre, vasculäre und fibröse);
   b) circumscripte oder encystirte Kröpfe (Adenome, Cysten und Misch-Geschwülste).

2. nach ihrer Lage: retrosternale, retroclaviculäre, endothoracale, retrotracheale, retropharyngeale.

Die operativen Indicationen sind:

a) momentane (Indications d'urgence) durch drohende Zufälle (Athemstörungen, septische Entzündung),

b) nothwendige (Indications de nécessité): Functionelle Störungen der Athmung, des Schluckens, der Phonation oder Circulation, die auf medicamentöse Behandlung sich nicht gebessert haben; ferner übermässiges Wachsthum der Geschwulst;

c) kosmetische oder subjective (Indications de complaisance), denen man trotz der gegenwärtigen Benignität des Kropfes Rechnung tragen darf. Das Alter des Patienten und der Umfang des Kropfes sind keine Contraindicationen mehr. Allein das Allgemeinbefinden des Patienten, sowie die ungünstigen Umstände, unter denen der Kranke lebt, können den Chirurgen von einem Eingriff abhalten.

Die parenchymatösen Injectionen sind unzuverlässig und gefährlich; wegen der Zufälle, die man nach Jodinjectionen beobachtet hat, müssen diese absolut aufgegeben werden. Das Jodoform ist weniger gefährlich, aber auch selten nur wirksam.

Narkose. Was die viel discutirte Frage der Narkose anlangt, so ist R. in den einfachen Fällen für den Gebrauch eines allgemeinen Narcoticums und zwar bevorzugt er den Aether.

Bevor R. die verschiedenen Operationsmethoden beschreibt, schildert er diejenige Phase des operativen Eingriffs, die ihnen allen gemeinsam ist: die Blosslegung der Geschwulst. Zu dieser Phase gehört:

a) die Incision der Haut. Sie muss meist transversal (Kragenschnitt nach Kocher) sein.

b) die Incision der subcutanen Gewebe mit Durchschneidung der Venen zwischen 2 Ligaturen.

c) die Beiseitedrängung, sehr selten die Durchschneidung der Muskeln.

d) die Durchschneidung einer zur mittleren Aponeurose gehörigen Schicht, die R. als aponeurotische Hülle bezeichnet.

Operationsmethoden: 1. Totalexstirpation. Die sogen. totale Thyroidectomie besteht in der extracapsulären Abtragung der ganzen Schilddrüse. Diese Operation muss fortfallen wegen der Zufälle, die der Fortfall der gesammten Drüse nach sich zieht.

2. Partielle Exstirpation. R. beschreibt unter diesem Namen die intracapsuläre Abtragung eines Lappens, bei der man in das Drüsengewebe selbst nicht dringt, ausser bei der Durchschneidung des Isthmus. Diese Operation zerfällt in 3 Zeiten:

a) der kranke Lappen wird aus der Wunde luxirt, innerhalb oder ausserhalb, nach vorheriger Durchschneidung des Isthmus (Poncet).

b) Ligatur der Gefässe. Die Thyreoidea inferior räth R. am inneren Rand des Scalenus zu unterbinden, behufs Vermeidung des Recurrens.

c) Lostrennung des Lappens.

3. Resection. Das ist Abtragung des erkrankten Theiles bei Schnittführung quer durch das Gewebe der Drüse; es bleiben dabei im Zusammenhang mit den Gefässen mehr oder weniger umfangreiche Reste der Drüse zurück. Die Technik dieser Methode ist von Mikulicz geregelt worden.

4. Intraglanduläre Enucleation (Socin'sche Methode). Durch gesundes Gewebe, das den Tumor umhüllt, wird auf diesen eingeschnitten und dann mit dem Finger oder Instrumenten die Enucleation vorgenommen.

Die massive Enucleation von Poncet ist eine Modification dieser Methode. Die Tumoren werden en masse ausgeschält, statt isolirt. Kocher bedient sich zur Enucleation eines scharfen Löffels.

5. Exothyropexie. Die von Jaboulay angegebene Methode besteht darin, dass der Tumor aus der Wunde luxirt und unter einem Verbande sich selbst überlassen wird. Ebenso kann man den Tumor auch blosslegen, ihn einfach der Luft zugänglich machen, ohne ihn zu deplaciren.

6. Combinirte Operationen. Nach der Besonderheit des Falles ist es bisweilen nöthig, die Exstirpation, die Resection und die Enucleation mit einander zu combiniren.

7. Dislocation des Kropfes. Partien der Geschwulst, die durch Druck gefährlich werden, können deplacirt werden (Wölfler).

8. Ligatur zur Herbeiführung von Atrophie. Man unterbindet die ernährenden Gefässe der Drüse, um sie zur Atrophie zu bringen.

Der aseptische oder antiseptische Verband muss immer Heilung per primam anstreben. R. räth für 24—48 Stunden zu drainiren.

Operationsresultate: R.'s Statistik umfasst insgesammt 6103 Kropfoperationen mit 176 = 2,88 pCt. Todesfällen. Danach kann man sagen, dass die Operationen dieser Art nahezu gefahrlos sind. Vergleicht man die Sterblichkeitsziffer bei den einzelnen Operationsarten, so ergiebt sich:

Totalexstirpation	18,97 pCt.
Intraglanduläre Enucleation .	0,78 pCt.
Combinirte Methoden . . .	2,99 pCt.

Partielle Exstirpation . . . 3,46 pCt.
Resection . . . . 6,66 pCt.

Danach ist die Totalexstirpation bei weitem die gefährlichste und die Socin'sche Enucleation die günstigste Methode.

Die Ursache des Todes ist zumeist durch Störungen in dem Athemtractus geliefert. Dann folgen Blutungen, Tetanie, Myxoedem und septische Complicationen.

Die Operationsresultate sind zu betrachten:

1. Hinsichtlich des plastischen Erfolges. In dieser Hinsicht bieten die transversale Incision und die Enucleation grosse Vortheile.

2. Bezüglich des functionellen Erfolges. Derselbe ist im Allgemeinen bei allen Methoden befriedigend; in den meisten Fällen verschwinden die Störungen der Athmung und der Circulation, die Dysphagie und die Recurrenslähmungen.

Für die Wahl der Methode stellt R. schliesslich folgende Sätee auf:

Die Enucleation verdient den Vorzug, wenn der Tumor abgekapselt und von reizenden Behandlungsversuchen verschont geblieben ist.

Die partielle Exstirpation, die Resection oder eine combinirte Operation ist am Platze, wenn der Tumor nicht enucleirbar ist, sei es weil er diffus, oder weil er durch frühere Behandlungsmethoden modificirt ist.

Die Exothyropexie, die massive Enucleation und die Entleerung sind nur ausnahmsweise indicirt und haben verschiedene Nachtheile.

Die Gefässunterbindungen bringen nur bei den vasculären Formen Nutzen und ausserdem bei dem Kropf der Basedow-Kranken. PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

132) **W. Lowe** (Melbourne). **Ein Fall von Cardiospasmus oder Oesophagismus. (A case of cardiospasm or oesophagism.)** *Intercolonial Med. Journ. 20. März 1899.*

25jähriger Mann, klagt seit $3^1/_2$ Jahren über Schwierigkeiten beim Schlucken. Er bringt das Essen nur in den Magen, wenn er sehr grosse Mengen Wasser hinterher trinkt. Die Symptome haben sich allmälig verschlechtert; jetzt muss der Pat. beim Essen 3mal die Tafel verlassen, um die Nahrung gewaltsam herunterzuspülen oder zu regurgitiren. Von Lues oder einem Trauma ist nichts nachweisbar. Die Sonde dringt leicht in den Magen. Der Verf. hält übermässiges Rauchen für die Ursache des Leidens, das er als Oesophaguskrampf deutet.

In der Discussion in der Medical Society of Victoria hält Sir J. N. Fitzgerald es für möglich, dass im Oesophagus eine Erosion oder Ulceration am cardialen Ende besteht, die dann einen Sphincterenkrampf der Cardialöffnung verursacht. Er hat einen derartigen Fall gesehen, bei dem die Sonde in der Cardia einen gewissen Widerstand erfuhr. Er hat in diesem Falle die Cardia durch stärkere Sonden allmälig erweitert und hat den unteren Theil des Oesophagus mit Höllenstein touchirt. Der Pat. befand sich danach ganz wohl.

A. J. Wood berichtet über zwei Fälle von Oesophagismus bei Kindern, die durch psychische Behandlung und gelegentliches Einführen der Schlundsonde geheilt wurden.

A. J. BRADY.

133) **Schwörer. Ein Fall von spindelförmiger Erweiterung der Speiseröhre.** *Münchner med. Wochenschr. No. 25. 1899.*

Ein 50jähriger Mann, bei dem eine spindelförmige Erweiterung des Oesophagus diagnosticirt wurde, sondirte sich selbst mit einer festen Sonde und starb an einer durch Perforation erzeugten eitrigen Peritonitis und Pleuritis. Die Section bestätigte die Diagnose. Ursache der Erweiterung ist gewöhnlich die nervöse Contraction des unteren Oesophagusendes bei fehlender anatomischer Grundlage.

SCHECH.

134) **Westphalen** (Petersburg). **Ein weiterer Fall von diffuser idiopathischer Oesophagusdilatation.** *Arch. f. Verdauungskrankh. V. Bd. 1. Heft. 1899.*

Sobald die (44jährige) Patientin Horizontallage einnimmt, stellt sich in der Kehlkopfgegend ein sehr starker Hustenreiz ein, welcher so lange andauert, bis durch Würgen ein Theil der vorher genossenen Speisen herausgebracht wird, ernstes Erbrechen kommt dabei nicht vor. Die Annahme einer diffusen idiopathischen Oesophagusdilatation wurde durch den Erfolg der Behandlung bestätigt, welche in allabendicher Spülung des Oesophagus und intensiver Ernährung bestand.

SEIFERT.

135) **Landauer** (Berlin). **Ein Fall von tiefsitzendem Oesophagusdivertikel.** *Centralbl. f. innere Medicin. 16. 1899.*

Ein 51jähriger Mann wies schwere Störungen beim Schluckact auf, die auf ein Oesophagusdivertikel hinwiesen. Zur Untersuchung benutzte L. Bleisonden von 5 mm Durchmesser, von denen die eine nach Art eines Mercier-Katheters gebogen war, so dass er, wenn er sich in das Divertikel verirrte, nach Zurückziehen der Sonde und Vierteldrehung derselben, zu jeder Zeit in den Magen gelangen konnte.

SEIFERT.

136) **John Zahorsky. Ein Fall von Oesophagusdivertikel. (A case of diverticulum oesophagi.)** *St. Louis Medical Gazette. Mai 1899.*

Der Patient hatte erhebliche Schwierigkeiten beim Schlucken und regurgitirte grosse Mengen der Nahrung in verschiedenen Intervallen. Eine Operation wurde nicht für rathsam gehalten.

EMIL MAYER.

137) **Springer** (Prag). **Ein Fall von Pyohaemie nach Phlebitis der Vena cava superior, hervorgerufen durch ein perforirtes Tractionsdivertikel des Oesophagus.** *Prager med. Wochenschr. No. 7. 1899.*

Während in diesem Falle vom klinischen Standpunkte aus der überraschende Sectionsbefund (Hofrath Chiari's path.-anat. Institut) interessant ist, ist es vom pathologisch-anatomischen der seltene Weg, auf dem die Allgemeininfection von dem perforirten Oesophagusdivertikel aus erfolgte.

CHIARI.

138) **Stadelmann** (Berlin). **Ueber einige Behandlungsmethoden bei Speiseröhren-Erkrankungen.** *Deutsche Aerzte-Zeitung. 5. 1899.*

Der Hauptsache nach Bestätigung der von Rosenheim für die Behandlung von Stenosenschmerzen des Oesophagus gutartiger oder maligner Natur angegebenen Regeln.

SEIFERT.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Rosenberg** (Berlin). **Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes.** 2. Aufl. Berlin. S. Karger. 1899.

Im X. Bande des Centralblattes (S. 106) haben wir die erste Auflage dieses ausgezeichneten Handbuches ausführlich besprochen. Die zweite Auflage, welche jetzt vorliegt, ist im Grossen und Ganzen der ersten gleich. Wenn auch der Umfang des Buches um 80 Seiten zugenommen hat, so ist diese Zunahme keine reelle und fast ganz durch den grösseren Druck der neuen Auflage bedingt. Wir müssen dies als einen Vortheil betrachten, da wir ja, neben der Vollständigkeit, die Knappheit des Buches rühmend hervorgehoben haben.

In dieser zweiten Auflage ist die neuere Literatur berücksichtigt worden, und es haben die Spateluntersuchung nach Kirstein, die Serumtherapie der Diphtherie u. s. w. den ihnen gebührenden Platz gefunden. Indessen ist von einer wirklichen Umarbeitung der ersten Auflage fast nirgends die Rede. Diphtherie, Syphilis, Tuberculose u.s.w. sind nach wie vor in drei Kapitel als Mund-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten getrennt worden. Sämmtliche Adductorenlähmungen werden auch jetzt wieder als myopathische Lähmungen vorgeführt.

Die Kapitel über Angina Ludovici, Laryngitis phlegmonosa, Oedema laryngis sind kaum verändert worden, namentlich ist der Kuttner'sche Versuch, diese Materie zu ordnen, ohne Einfluss auf dieselben geblieben. Die Carcinomstatistik Sendziak's ist an die Stelle derjenigen Butlin's getreten; allein die neue Aera der Carcinombehandlung, welche durch die Arbeiten Semon's inaugurirt worden ist, wird hier nicht erwähnt. Auf Seite 234 finden wir das frühere, gewiss nicht richtige Schema, welches den Gang der Lichtstrahlen veranschaulichen soll, wieder; auch die weniger gelungenen Bilder der Recurrenslähmung (vergl. Centralbl. X, 108) sind in die neue Auflage übergegangen u. s. w.

Glücklicherweise finden wir auch alles Gute, das uns die erste Auflage zu loben und rühmen veranlasste, in der zweiten wieder: die übersichtliche Darstellung, der anspruchslose, klare Stil, die gedrängte Kürze, in der die reiche Materie behandelt worden.

Sie machen das Buch auch in dem neuen Gewande zu einem zuverlässigen und angenehmen Führer.

Wir vertrauen, dass der Verf. nicht auf seinen Lorbeeren ruhen werde. Sein Buch möge auch in den künftigen Auflagen von den raschen Fortschritten unseres Specialfaches zeugen und die selbst eroberte Stelle noch lange behaupten.

Amsterdam, Juni 1899. H. Burger.

---

b) Handbuch der Laryngologie und Rhinologie herausgegeben von **P. Heymann.** Wien 1896/99. Alfred Hölder. (Fortsetzung.)

A. Jurasz: Die Neubildungen des Kehlkopfes.

P. v. Bruns: Die Neubildungen in der Luftröhre.

C. M. Hopmann: Verletzungen des Kehlkopfes und der Luftröhre.

M. Schaeffer: Fremdkörper in den Luftwegen.

Die Bearbeitung der Tumorenlehre des Kehlkopfes muss als eine sehr gelungene bezeichnet werden. Dieselbe bringt uns keine neuen Thatsachen; allein die Darstellung ist ebenso klar wie objectiv und entspricht durchaus dem gegenwärtigen Standpunkt der Wissenschaft. Die Classification der gutartigen Geschwulstformen erscheint Ref., wenn sie auch nicht streng dogmatisch auf anatomischer Grundlage durchgeführt worden, besonders empfehlenswerth, und wenn Verf. nachdrücklich betont, dass kein tüchtiger Grund vorhanden ist, um den Sängerknötchen einen besonderen Platz einzuräumen und dies aus praktischen Rücksichten dennoch thut, so dürfte diese Inconsequenz nur dankend hervorgehoben werden.

Die Papillome und Fibrome sind durch einige gute Abbildungen von Barth illustrirt worden.

Interessant sind die statistischen Angaben. Unentschieden ist die Frage, ob die Papillome oder, wie Einige wollen, die Fibrome, die häufigsten Larynxgeschwülste bilden. Chondrome sind bis jetzt 14, Lipome 9, Schildrüsengeschwülste und (reine) Adenoide je 3, das Lymphangioma nur einmal beschrieben worden. Gleichfalls spärlich sind die Mittheilungen über das bei Pseudoleukaemie beobachtete Lymphom des Kehlkopfes. Schliesslich bespricht Verf. den mitunter bei Gichtkranken im Kehlkopf beobachteten Tophus, die degenerativen Veränderungen sowie die Mischformen der gutartigen Neubildungen.

An der Spitze der Aetiologie steht der Satz, dass die Hauptursache dieser Krankheiten vollständig unbekannt ist. Die Nebenursachen — Prädisposition (männliches) Geschlecht, Alter (4. Decennium) Katarrhe, locale Ueberanstrengung, Infectionskrankheiten — werden eingehend erörtert. In der Frage der Umwandlung gutartiger Gewächse in bösartige steht Verf. auf dem Semon'schen Standpunkt.

Im Abschnitt über die Therapie werden die spontanen Heilungen, die arzneiliche Behandlung erwähnt, und die laryngotomischen Operationsmethoden kurz

angedeutet. Hauptsache sind die laryngoskopischen Methoden. Von der chemischen Aetzung ist Verf. kein Freund; die Galvanokaustik dagegen ist unter Umständen sehr werthvoll; der Elektrolyse spricht er für die Behandlung von Larynxtumoren jede Bedeutung ab; die Schwammmethode sowie das Abquetschen kann er nicht empfehlen. Das Abschneiden, namentlich mit scharfen Zangen wird, wohl ohne Widerspruch, als die beste Methode vorgeführt.

Die bösartigen Neubildungen, das Carcinom und Sarkom werden als primäres und als sehr viel selteneres secundäres Kehlkopfleiden gesondert besprochen. Verf. acceptirt die Krishaber'sche sowohl in klinischer, wie in anatomischer Hinsicht werthvolle Eintheilung in „innerliche“ und „äusserliche“ Carcinome. Bemerkenswerth ist das relativ seltene Ergriffensein der Lymphdrüsen bei „innerlichen“ Krebsen. Aus den nebeneinander gestellten Alterstabellen von Sendziak für das Carcinom und Bergeat für das Sarkom geht das überwiegende Auftreten beider Geschwulstarten in der zweiten Lebenshälfte (83,6 pCt.), namentlich im 5. und 6. Decennium hervor. Männer erkranken bei weitem häufiger als die Frauen. Im Uebrigen sind sämmtliche ätiologischen Factoren (Beruf, Tabak, Alkohol, Katarrh, Traumata) von sehr untergeordneter oder zweifelhafter Bedeutung.

Die Histologie dürfte etwas stiefmütterlich behandelt sein und hätte Ref. die Art und Weise, wie sich die malignen Geschwülste aus den normalen Geweben entwickeln, gerne bildlich dargestellt gesehen.

Die diagnostischen Schwierigkeiten werden eingehend berücksichtigt. In voller Anerkennung der guten Dienste, welche die mikroskopische Untersuchung leistet, soll in Fällen, wo dieselben eine klinisch festgestellte Malignität nicht bestätigt, die Klinik und nicht das Mikroskop entscheiden.

Therapeutisch kommt neben den nur kurz angegebenen laryngotomischen Methoden laryngoskopisch eigentlich nur die Excision mit schneidenden Instrumenten in Betracht, und wird eine neue Doppelcurette abgebildet und empfohlen. Verf. ist überzeugt, dass die endolaryngeale Methode in der Zukunft viel mehr in Betracht gezogen wird, als dies bis heute noch der Fall ist. Mit Recht spricht er den zahlreichen Statistiken der verschiedenen Operationsmethoden jeden entscheidenden Werth ab, weil dabei das Stadium der Krankheit zu wenig oder gar nicht berücksichtigt worden ist.

Die Lectüre der ganzen Arbeit sei den Collegen bestens empfohlen. Das streng chronologisch geordnete Literaturverzeichniss zählt (652 + 602 =) 1254 Nummern.

Die Neubildungen der Luftröhre — immer noch „recht seltene Vorkommnisse“ — sind wohl niemals so eingehend und systematisch beschrieben worden wie es hier geschehen ist und hat diese Bearbeitung vor den ausgezeichneten Voresungen Schrötter's den Vorzug, dass Verf. die Literatur in vollständigster Weise in Betracht gezogen hat.

Nur die eigentlichen und primär in die Trachea entstandenen Neubildungen sind in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt und beläuft sich die Gesammtzahl der Fälle auf 147, von denen 102 gutartige, 45 maligne Geschwülste betreffen. Auf-

fallend ist im Vergleich zu den Kehlkopftumoren diese relativ häufige Malignität (30 pCt.) der Trachealgeschwülste.

Interessant ist die Häufigkeit der Chondro-Osteome (20 pCt.) die eine nicht gar seltene, typische Neubildung der Trachea darstellen, welche nur deshalb so wenig bekannt ist, weil sie kein practisches Interesse erregt und nur als zufälliger Sectionsbefund („reibeisenartige Rauhigkeit" der Trachealschleimhaut) beobachtet wird.

Die einzelnen Geschwulstformen werden alle eingehend erörtert. Die Exstirpation nach Tracheotomie ist für die grosse Mehrzahl der Trachealtumoren das allein zuverlässige Verfahren. Im Ganzen sind gegenwärtig etwa zwei Dutzend derartige Operationen bekannt. Der stolze Ausspruch des auf diesem Gebiete gewiss competenten Verf. lautet dahin, dass das erwähnte Verfahren uns in den Stand setzt „gutartige Neubildungen aller Art und an allen Stellen der Luftröhre direct anzugreifen und zu beseitigen, mögen sie auch noch so breitbasig angeheftet sein". Die Resection der Trachea bei dem die Wandung infiltrirenden Krebs ist bisher nur in einem Falle des Verfs., und zwar mit gutem Erfolg ausgeführt worden.

Auch das Capitel über die Verletzungen des Kehlkopfes und der Luftröhre ist zu einer durch Vollständigkeit und Uebersichtlichkeit ausgezeichneten Monographie geworden. Verletzungen dieser Theile sind seltene Vorkommnisse; allein ohne ihre rechtzeitige Erkenntniss und richtige Behandlung ist die Gefahr eines üblen Ausganges sehr gross.

Es werden zuerst die äusseren Verletzungen und zwar der Reihe nach die Erschütterung, Quetschung, Verrenkung und Fractur, sodann Schusswunden, Stich- und Schnittwunden besprochen.

Unter dem Titel Erschütterung des Kehlkopfes, beschreibt Verf. einige Fälle von plötzlichem Tod nach einem Trauma am Hals, ohne dass autoptisch wesentliche Veränderungen am Kehlkopf nachweisbar waren. Nach der Lectüre dieses Abschnittes ist es dem Ref. nicht klar, weshalb dieses dem Ictus laryngis verwandte Krankheitsbild unter den „Verletzungen" Aufnahme gefunden hat. Von Contusion des Kehlkopfes werden 6 Fälle referirt, welche sich sämmtlich durch guten und kurzen Verlauf auszeichneten.

Die Frage der Kehlkopffractur wird ausführlich, auch in Bezug auf die Leichenexperimente erörtert. In eine Tabelle trägt Verf. 69 einschlägige Fälle zusammen, mit denen er die Tabelle von G. Fischer (1880) über 75 Fälle completirt. Unter diesen 144 Fällen war 63 mal nur der Schildknorpel, 17 mal der Ringknorpel, 43 mal mehrere Knorpel zugleich fracturirt, während die übrigen Fälle unsicher sind.

Bei Frauen und bei Kindern ist der Kehlkopfbruch selten. Charakteristische Erscheinungen können gänzlich fehlen, sind aber in den meisten schwereren Fällen vorhanden, als: Veränderung der äusseren Hals- und Kehlkopfconfiguration, abnorme Beweglichkeit der Knorpel, Crepitation und progredirtes Emphysem (bei den complicirten Fracturen). Fast regelmässig ist sofortiger Bewusstseinverlust wahrgenommen. Gar nicht selten tritt nach Beruhigung der anfänglichen stürmischen Erscheinungen plötzlicher Erstickungstod ein. Daher die Indication zur Tracheotomie, wenn auch ohne Dyspnoe entweder ein Splitterbruch oder

grosse Verschieblichkeit der Bruchenden diagnosticirt wird oder Emphysem sich ausbildet.

Die Casuistik der Luftröhrenbrüche umfasst 31 isolirte Brüche der Trachea und 17 combinirte Kehlkopf-Luftröhrenfracturen. Schusswunden zeigen fast dieselben Erscheinungen wie die Unfallbrüche, Schnitt- und Stichwunden gehen öfters mit bedeutender Blutung einher, wenn auch der Verblutungstod nicht häufig ist. Bei grossen Wunden ist die sorgfältige Vernähung, auch der Knorpel, angezeigt. Immer soll die primäre Vereinigung erstrebt werden. denn bei der Heilung unter Eiterung treten secundäre Stenose und Fistelbildung fast regelmässig ein. Unter den inneren Verletzungen werden die Blutergüsse und Rupturen durch heftiges Schreien, Singen oder Husten beschrieben, und die durch Fremdkörper veranlassten und bei Operationen unbeabsichtigt vorgekommenen Verletzungen kurz angedeutet. Dann folgen die (chemischen und thermischen) Verbrennungen, während der letzte Abschnitt sich mit den Folgezuständen der Verletzungen: Lähmungen, Deformitäten, Ankylose, Verengerungen und Verwachsungen, Fisteln und Tracheocele befasst.

Ebenso reich wie der behandelte Stoff ist die Behandlung des ganzen Capitels anregend und lerreich.

Fremdkörper in den Luftwegen sind für die betreffenden Patienten gewiss von der allergrössten Bedeutung. Dass sie auch auf die behandelnden Aerzte oft einen grossen Eindruck machen, beweist die überaus reiche Casuistik. In dem Literaturverzeichniss, von dessen Unvollständigkeit der Verf. überzeugt ist, werden beinahe 500 einschlägige Arbeiten erwähnt. Wissenschaftlich ist das Thema weniger reich und giebt auch die durchaus erschöpfende Bearbeitung Schaeffer's dem Ref. kaum zu Bemerkungen Anlass.

Die Durchleuchtung mittelst Röntgen-Strahlen und die Kirstein'sche Spatel-Untersuchung des Kehlkopfes und der Luftröhre haben in der Reihe der diagnostischen Methoden, letztere auch bei der Therapie, eine Stelle erobert. Für Fremdkörper im Larynx wird die Therapie, wenn möglich, den endolaryngealen Weg wählen; für Fremdkörper der Trachea dagegen soll der Luftröhrenschnitt gemacht werden.

Amsterdam, August 1899. H. Burger.

---

c) American Laryngological Association.

Zwanzigste Jahresversammlung, abgehalten in Brooklyn, N. Y. am 16.—18. Mai 1898.

Erster Tag. — Montag, den 16. Mai.

Vorsitzender: Dr. Thomas R. French (Brooklyn).

Der Vorsitzende eröffnet die Versammlung mit einer Begrüssung der Mitglieder und giebt einen kurzen Rückblick auf die Entwicklung und den Fortschritt der Laryngologie und Rhinologie in den letzten 20 Jahren.



J. N. Mackenzie (Baltimore): Die tuberculösen Neubildungen in Kehlkopf und Trachea.

Die tuberculösen Neubildungen in Larynx und Trachea lassen sich in drei Gruppen theilen: die granuläre Hyperplasie (gewöhnliches Granulom), das Papillom und drittens das echte Tuberculom. Unter der letzten Abart, dem echten tuberlösen Tumor versteht Redner die isolirte, wohl begrenzte Geschwulst, die unabhängig von Ulceration oder tuberculöser Infiltration vorkommt, von normaler Schleimhaut bekleidet ist und wenig oder gar keine Tendenz zur Ulceration zeigt. Solche Tuberculome sind sehr selten.

In diagnostischer Hinsicht ist Verwechslung mit malignen Neubildungen möglich; eine sichere Differenzirung ist nur durch das Mikroskop möglich. Der Verlauf dieser Geschwülste ist ein langsamer, da sie eben wenig Neigung zur Ulceration zeigen; man überlässt sie deshalb, wenn nicht functionelle Störungen ernsterer Art eintreten, am besten sich selbst. An Patienten in den letzten Stadien der Tuberculose zu operiren, ist nicht blos nutzlos, sondern schädlich. Für die Nachbehandlung ist die Milchsäureapplication oder der Galvanokauter empfohlen worden.

W. F. Chappell (New York): Klimatische Behandlung der Kehlkopftuberculose.

Redner bespricht die klimatischen Verhältnisse von Liberty, N. Y. und Umgebung und beschreibt die locale und allgemeine Behandlung, die im Loomis Sanatorium geübt wird.

W. K. Simpson (New York): Bernay's Schwamm in Nase und Nasenrachenraum als Haemostaticum.

S. demonstrirt den Bernay-Schwamm; derselbe besteht aus einer Wattescheibe, die unter einem Druck von vielen Hundert Pfund zu $^1/_{16}$ Zoll Dicke comprimirt worden ist. Der Schwamm quillt zu seiner 15fachen Grösse auf und absorbirt das 12fache seines Gewichts an Flüssigkeit. Die Tamponade der vorderen oder hinteren Nase mit diesem Schwamm hat sich als sehr viel wirksamer erwiesen, als die Ausstopfung mit Gaze oder Watte. Bei Nasenbluten empfiehlt S. Bernay-Schwamm halbkreisförmig zu schneiden und mit der Convexität nach oben in die Nase einzuführen. Bei der hinteren Tamponade der Nase benutzt er den Schwamm, wie er ist, ohne ihm eine besondere Form zu geben. Sehr bewährt hat sich der Schwamm auch als Schiene nach der Asch'schen Operation wepen Septumverbiegung, ferner bei Fractur der Nase. Man kann ihn auch mit Guttapercha umhüllt zur Verhütung von Adhäsionen nach Operationen in die Nase einlegen.

J. W. Gleitsmann (New York): Kirstein's Autoskop.

Redner demonstrirt den Kirstein'schen Autoskopspatel. In dem Deutschen Hospital zu New York hat man die Beobachtung gemacht, dass Patienten, die mit dem Instrument untersucht wurden, nicht wiederkehren. Redner hat die Kirstein'sche Methode in dessen eigener Klinik geübt und die Ueberzeugung gewonnen, dass sie nur bei Narkotisirung des Patienten befriedigende Resultate giebt.

Beverley Robinson (New York): Vergrösserung der Zungentonsille als Ursache von Husten.

Redner hält die Vergrösserung der Zungentonsille für eine nicht ungewöhnliche Ursache von Husten. Die Affection beginnt schleichend, meist in jüngeren Jahren. Sie wird oft übersehen, weil der Praktiker bei Husten die Brust und dann den Hals untersucht; findet er da nichts, so wird ein Magen- oder Reflexhusten diagnosticirt. Prädisponirende Ursachen für die Hypertrophie der Zungentonsille und den durch sie ausgelösten Husten sind ein allgemeines Darniederliegen der Gesundheit, sowie die Gefässerschlaffung durch chronisch katarrhalische Zustände. Ein ursächlicher Factor, der häufig bei Erwachsenen mitspielt und in therapeutischer Hinsicht Beachtung verlangt, ist die rheumatische Dyscrasie. Die Symptome der acuten Congestion der Zungentonsille sind hauptsächlich die des Reizhustens. Hustenmixturen können dabei natürlich nichts nutzen. Auch die äussere Application von Medicamenten verdient wenig Vertrauen. Bei richtiger Hypertrophie ist doch nur der Gebrauch des Elektrokauters, der Schlinge oder drittens des Tonsillotoms zu empfehlen.

James E. Newcomb empfiehlt Boroglycerin local und Cerium oxalicum innerlich, von letzterem 3,75 innerhalb 24 Stunden, zu geben.

John O. Roe (Rochester): Fractur und Depression der vorderen Kieferhöhlenwand und Wiederaufrichtung derselben.

Der Patient hatte einen starken Faustschlag in's Gesicht erhalten, durch den die vordere Wand der Kieferhöhle wie eine Eierschale gebrochen war. R. bohrte von der Fossa canina aus ein Loch in die Höhle, führte eine gekrümmte Sonde ein und richtete mittelst derselben die eingedrückte, gebrochene Wand wieder in ihre richtige Lage. Die Höhle wurde ausgespült, solange das Bohrloch offen blieb. Die Contouren des Gesichts sind wieder normale.

John O. Roe (Rochester): Die Behandlung der Nasenfracturen.

Redner hält die Nasenbrüche für nicht häufig, wegen des nachgebenden Charakters des knorpligen Septums. Bei der Replacirung der Bruchtheile sollen Sonde und kleiner Finger zusammen arbeiten. Ist das Septum gebrochen, so muss es gleichzeitig mit eingerichtet werden. Die Theile werden dann mittelst Schienen in ihrer Lage erhalten. Die äussere Schiene soll von Aluminium oder Kupfer sein, soll in ihrer Form dem normalen Nasencontour sich anpassen und soll so gross sein, dass sie die ganze Nase bedeckt. Für den internen Gebrauch hat Redner sich eine zweiarmige Schiene construirt; der eine Arm liegt dem Nasenboden auf, der andere übt einen seitlichen Druck aus.

Casselberry (Chicago) beschreibt die einfache Pflasterbandage, die er gebraucht und mit der er völlig zufriedenstellende Resultate erzielt. Wenn die fracturirten Theile ordentlich eingerichtet sind, soll der Verband nur eine Hebung von innen und eine Stütze von aussen gewähren.

George A. Leland (Boston) hält die Replacirung der Fragmente von innen für viel wichtiger, wie die extranasale Einrichtung. Deshalb sind auch die inneren Schienen viel wesentlicher, als die äusseren.

Henry L. Wagner (San Francisco): Frühdiagnose des Keuchhustens.

Die Diagnose kann schon im frühen Beginn der Erkrankung gestellt werden durch die bakteriologische Untersuchung der Secrete. Die Nase ist der primäre Sitz der Infection. Dieselbe enthält das charakteristische Bakterium in grosser Menge. Dasselbe ist in seinen entwickelten Exemplaren 2—3mal so lang als breit, an den Enden etwas verdickt und abgerundet und in der Mitte anscheinend getheilt. Es ist umgeben von einer Kapsel, so dass es dem Friedländer'schen Pneumobacillus nicht unähnlich ist. Zur Färbung benutzt W. 1proc. Essigsäure und dann Loeffler'sche Lösung. Auch die Argoninfärbung, bei der die Bakterien blau, die Zellen roth erscheinen, ist anwendbar.

Henry L. Wagner (San Francisco): Lepröses Geschwür der Lippe.

Nase und Hals des Patienten zeigen nichts Abnormes. Von dem Lippengeschwür schabte W. etwas ab zur bacteriologischen Untersuchung. Er fand neben zahllosen Eiterbacterien eine grosse Anzahl von Leprabacillen, die theils innerhalb, theils ausserhalb der Zellen lagen.

Emil Mayer (New-York): Die Anwendung der Schleich'schen Anaesthesie bei Nasen- und Halsoperationen.

Redner kommt zu folgenden Schlüssen: Schleich's Theorien sind in weiten Kreisen anerkannt. Seine Lösungen sind gefahrlos, sie anaesthesiren ohne Excitationsstadium und ohne Drucksteigerung in den Gefässen. Der Patient erwacht sehr schnell wieder, für kurze Operationen aber reicht die Schleich'sche Anaesthesie aus.

Zweiter Tag. — Dienstag den 17. Mai.

S. W. Langmaid (Boston): Die Heiserkeit der Sänger.

Die Nasenschleimhaut ist geschwollen, die Muscheln sind vergrössert, der Larynx congestionirt. In manchen Fällen fehlt jede katarrhalische Affection und es besteht nur eine gewisse Schwäche des muskulären Apparats der Glottis. Gewöhnlich aber ist doch eine Laryngitis vorhanden. Prädisponirende Momente bilden die Neurosen, constitutionelle Defecte, Anämie, Rheumatismus, Witterungsverhältnisse etc. Schwäche der inneren Kehlkopfmuskeln, der Tensoren, Adductoren und des Sphincter, ist stets vorhanden.

J. Edwin Rhodes (Chicago): Krampf der Stimmbandspanner.

Die Dysphonia spastica ist ein sehr seltenes Leiden. Es wird verursacht durch fehlerhaften Gebrauch der Stimme. Möglicherweise ist auch ein bisher nicht weiter aufgeklärter neurotischer Zustand Vorbedingung. Die spastische Dysphonie ist eine Beschäftigungsneurose, so gut wie der Schreibekrampf. Sie ist gewöhnlich mit gewissen nasalen Affectionen verbunden. Reflexstörungen und Hysterie sind bei der ätiologischen Betrachtung zu beachten. Die Prognose ist recht ungünstig. Locale Applicationen, Sprays, Strychnin etc. sind nicht von

Nutzen. Die beste Therapie ist vollständige und längere Stimmruhe, allgemeine tonische Behandlung durch Eisen, Arsen, Jodkali, Electricität etc.

Simpson (New-York) kommt zu dem Schluss, dass die fundamentale Ursache der Heiserkeit bei Sängern die Ueberanstrengung durch das fortwährende Singen ist. Dieses ist unnatürlich. Der menschliche Kehlkopf ist für die Conversation gemacht, nicht für den Gesang.

F. W. Hinkel (Buffalo): Lipom des Kehlkopfs.

H. giebt die Krankengeschichte eines Falles von Lipoma laryngis. Er theilt ferner einen Fall von Operation der adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum unter Chloroformnarkose mit, bei dem sofort nach der Operation der Tod eintrat. Er schliesst daran einige Bemerkungen über die Narkose bei diesem Eingriff.

Arthur Ames Bliss (Philadelphia): Recidiv von Adenoiden nach der Operation.

B. beobachtete 3 Fälle von recidivirenden Adenoiden. Die Operation soll möglichst gründlich gemacht werden, da in der Regel die unvollständige Entfernung an dem Recidiv Schuld ist.

D. Bryson Delavan (New-York): Operative Behandlung der Adenoiden.

Die Operation muss gründlich und dabei doch human ausgeführt werden; gründlich, d. h. es soll alles adenoide Gewebe entfernt werden; human, d. h. unter möglichst geringem Schmerz und Shock und ohne grössere Verletzung, als unbedingt erforderlich. Redner bespricht die Vorzüge und Nachtheile der verschiedenen Instrumente, von denen das Gottstein'sche Messer am populärsten ist. — Die volle Narkose ist das beste für den Patienten.

J. W. Gleitsmann (New-York) meint, dass in 3—4 pCt. der operirten Fälle Recidive vorkommen. Er hat viel mit Bromäthyl gearbeitet und ist sehr befriedigt davon.

Casselberry (Chicago) hat seit Jahren bei jeder längeren Operation ausschliesslich mit Aether narkotisirt.

J. E. Logan (Kansas City) hält die Narkose nur bei kleineren Kindern für nöthig; bei diesen operirt er mit der Curette, gelegentlich unter Zuhülfenahme des Fingernagels, bei Erwachsenen fast ausschliesslich mit der Zange.

Dritter Tag. — Mittwoch den 18. Mai.

Die am vorigen Tage abgebrochene Discussion über die adenoiden Vegetationen wird fortgesetzt.

Swain empfiehlt die Chloroformnarkose; er operirt im ersten Stadium der Narkose.

Bryan (Washington) hält es für sehr nöthig, die Reflexe zu erhalten, den



Patienten also nicht tief zu chloroformiren. Nur die vollständige Entfernung der Geschwülste schützt vor Recidiven.

J. C. Mulhall (St. Louis): Die oberen Athemwege und der allgemeine Gesundheitszustand.

Erkrankungen der oberen Luftwege können Störungen des Allgemeinzustandes im Gefolge haben, umgekehrt können Allgemeinerkrankungen Veränderungen im oberen Athemtractus hervorrufen. Opernsänger wissen, dass sorgfältiges Diäthalten und Bewegung im Freien die Stimme bessert. Athleten und ähnliche leiden sehr oft an Pharyngealkatarrhen infolge ihrer üblen Angewohnheiten und ihres wilden Lebens; sobald sie sich für einen Kampf trainiren, verschwinden alsbald alle ihre Symptome. Bei den eitrigen Katarrhen der jungen Leute kann man von localen Behandlungsmethoden anwenden, welche man will; eine Besserung und Heilung erreicht man erst, wenn man die Patienten von ihren Büchern und dem Clavier entfernt, sie gut ernährt, sich in frischer Luft bewegen, Eisen nehmen lässt etc. Die Prophylaxe muss in der Kindheit beginnen. Motto soll sein: „Habt Acht auf die allgemeine Gesundheit und fort mit dem Spray.“

Henry L. Wagner (San Francisco): Natürliche Immunität.

Man unterscheidet 2 Arten von Immunität, die natürliche und die erworbene. Die natürliche besteht wie im gesammten Körper, so auch in den oberen Luftwegen. Microorganismen werden durch die Athmung beständig in alle Theile des Athemtractus gebracht, ohne dass sie Infectionen erzeugen. Diese Thatsache allein beweist das Vorhandensein einer Immunität. Zu ihrer Erklärung hat man die bactericide Kraft des Nasenschleims herangezogen, ferner die active Phagocytose im Munde. Mucin und Bacterien sind Antagonisten. Man hat gesagt, dass das Mucin infolge seiner physikalischen Eigenschaften rein mechanisch die Invasion der Bacterien verhindert. W. fand aber, dass das Mucin ein pepsin- oder trypsinartiges Ferment entwickelt, welchem die immunisirende Fähigkeit innewohnt.

J. H. Bryan (Washington): Operative Behandlung der Stirnhöhlenentzündung.

Redner berichtet über zwei Fälle, eine chronische eitrige Stirnhöhlenentzündung mit Caries der Stirnbeinzellen und einer Fistelöffnung in die Orbita und eine chronische Stirnhöhleneiterung mit eitriger Caries der Frontalzellen.

J. W. Farlow (Boston): Erkrankung der Nasennebenhöhlen.

F. berichtet über einen Fall, der besonders dadurch von Interesse ist, dass die Nebenhöhlenaffection sich im Gefolge eines Scharlachs entwickelte. Erwähnung verdient das Fehlen nasalen Ausflusses. Das Auge war nach aussen, unten und vorn gedrängt. Das Antrum war möglicherweise secundär inficirt.

Clarence C. Rice (New York): Acut entzündliche Zustände der Luftwege begleitet von Larynxödem.

Redner versucht eine Classification der mit Glottisödem einhergehenden Affectionen unter Ausschluss der diphtheritischen Infection. Auch das nichtentzündliche Oedem, das sogenannte „passive Oedem“, das bei Herz-, Nieren- und Leber-

krankheiten als Symptom der allgemeinen Erkrankung vorkommt, gehört nicht zu der Krankheitsgruppe, mit der R. sich beschäftigt; ebenso wenig gehören dazu die Fälle, die man als chronisches Kehlkopfödem bezeichnen könnte, bei denen die Schwellung durch eine chronische Localerkrankung verursacht ist, wie Tuberculose, Syphilis und maligne Erkrankung des Larynx. R.'s Vortrag befasst sich *nur* mit dem acuten Glottisödem; alle durch Trauma oder äussere Reize irgend welcher Art verursachten Fälle werden eingeschlossen.

Bezüglich der pathologischen Identität von acuter primärer Laryngitis und Kehlkopferysipel drückt Redner die grössten Zweifel aus. Er citirt Mackenzie, welcher sagt, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle das Erysipel des Rachens und Kehlkopfs sich nur als Ausbreitung eines Gesichtserysipels darstellt. In 50 pCt. der Semon'schen Fälle schien das Glottisödem ein secundäres nach Zellgewebsentzündung um die Tonsillen zu sein[1]). Redner stellt aus den Jahren 1887 bis heute aus den Zeitschriften 41 Fälle — ausschliesslich der 14 Fälle Semon's in einer Tabelle zusammen. In etwa 50 pCt. dieser Fälle wird die Ursache in einem katarrhalischen Zustande durch Erkältung gesehen. In drei Fällen seiner eigenen Beobachtung folgte das Glottisödem peritonsillärer Entzündung. In zwei Fällen lag ein Trauma vor, das in dem einen in der Application des Galvanokauters an der seitlichen Rachenwand, im anderen in der Einkeilung eines Fremdkörpers im Sinus pyriformes bestand. In zwei Fällen war das Oedem des Larynx durch constitutionelle Ursachen bedingt.

Henry L. Swain (New Haven): Die locale Anwendung des wässerigen Nebennieren-Extracts in den oberen Luftwegen.

Redner schliesst mit folgenden Sätzen:

1. Das wässerige Extract der Nebennieren ist in localer Application ein *kräftiges* vasoconstrictorisches Agens, es contrahirt erectiles Gewebe und ist selbst in sehr erheblicher Menge gegeben, ohne Gefahr oder Nachtheil.

2. Der locale Effect kann wiederholt erzielt werden; ein Abschwächung der Wirkung oder Angewöhnung hat sich bisher nicht ergeben.

3. Das Extract scheint die Wirkung von Droguen, die nach ihm local applicirt werden, eher zu verstärken, als zu hemmen.

4. Das Extract ist am eisten indicirt und wirkte am besten bei acuten Congestionen; es stellt aber auch bei gewissen chronischen Affectionen nach Art des Heufiebers, bei denen ein zur Hypertrophie geneigtes Gewebe im Uebermaasse vorhandes ist, ein werthvolles Adjuvans dar.

Bei der zum Schlusse vorgenommenen Wahl werden gewählt:

Vorsitzender: William E. Casselbery (Chicago),
1. stellvertretender Vorsitzender: John W. Gleitsmann (New York),
2. „ „ F. Whitehill Hinkel (Buffalo),

1) Ich habe niemals eine pathologische Identität des Kehlkopferysipels mit der gewöhnlichen acuten primären Laryngitis behauptet. Welches mein wirklicher Standpunkt ist, geht aus dem Autoreferat im Centralblatt XI, p. 970, hervor. F. Semon.

Secretär und Schatzmeister: Henry L. Swain (New York),
Bibliothekar: Jonathan Wright (Brooklyn),
Delegirte für das Council: Thomas R. French (Brooklyn).
Vertreter auf dem Congress of Physicians and Surgeons:
William K. Simpson (New York).
Mitglieder des Council:
Thomas R. French (Brooklyn),
John O. Roe (Rochester),
W. H. Daly (Pittsburgh),
Charles H. Knight (New York).
Ort der nächsten Versammlung: Chicago. Lefferts.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Eduard Aber — Ferdinand Hirschwald †.

Das Centralblatt hat das Unglück gehabt, im Laufe eines einzigen Monats die beiden Senioren seiner Verlagsfirma durch den Tod zu verlieren. Am 8. September starb Herr Ferdinand Hirschwald, am 25. September folgte ihm Herr Eduard Aber, der älteste Mitbesitzer der Firma, die ihm zum grossen Theile ihren Weltruf verdankt. — Es ist hier nicht der Ort, auf die anderweitige, verdienstvolle Thätigkeit der beiden Heimgegangenen einzugehen, aber in Dankbarkeit möchte ich der stets bereitwilligen Hülfe und Förderung gedenken, die sie diesem Blatte in uneigennützigster Weise stets haben zu theil werden lassen. Mögen sie sanft ruhen!

Felix Semon.

Unserem werthen Mitarbeiter, Dr. A. Rosenberg (Berlin) ist der Professortitel verliehen worden.

Der Titel: Specialist für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten.

Bei dem soeben in Rom abgehaltenen vierten Congress der italienischen laryngo-oto-rhinologischen Gesellschaft ist das im Titel angegebene Thema vom Vorstande der Gesellschaft zur Discussion gestellt worden.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. **Berlin, December.** **1899. No. 12.**

I. Jahresbericht

bearbeitet nach dem XV. Jahrgang des internationalen Centralblattes

(vom 1. Januar bis 1. November 1899)

von

J. Katzenstein, A. Kuttner, E. Meyer.

A. Allgemeines, Parotis etc.

In einer Reihe von Artikeln behandelt Semon (217, 269, 333) die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und ihre Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten. — Der Bedeutung der Rhinologie, Laryngologie und Otologie für die allgemeine Medicin widmet E. P. Friedrich (313) eine Monographie. Mackenzie Johnston (179) betont die Wichtigkeit des Studiums der Rhino-Laryngologie. — Ein Vademecum und Taschenkalender für Ohren- Nasen- etc. Aerzte publicirt Jankau (464) und einen internationalen Adresskalender der Laryngologen und Otologen Lake (464). — Die Zahl der in dem letzten Jahre erschienenen Lehrbücher ist nicht gross, das Heymann'sche Handbuch ist beinahe zu Ende geführt, ausserdem liegt von A. Rosenberg (529) eine neue Auflage des schnell in Aufnahme gekommenen Buches: Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes vor, diesen beiden Büchern anzureihen ist die Chirurgie des Halses von Bottini (424). — Einen Ueberblick über die rhino-laryngologische Literatur des Jahres 1897 giebt Semon (1). A. A. Coolidge (391) fasst die neuere Literatur in einen Bericht zusammen. Jonathan Wright (5) unterzieht die Arbeiten B. Fränkel's, Semon's und Gluck's über den Kehlkopfkrebs und Grossmann's, Semon's und Grabower's über die Lähmungen einer kritischen Besprechung. — Thomas R. French (533) behandelt die Laryngologie und Rhinologie in den letzten 20 Jahren während A. C. H. Moll (497) speciell die Entwickelung unseres Spe-

cialgebietes in Holland schildert. Die Laryngologie des Galen stellt Goldbach (2) in einer Dissertation dar. — Berichte über Kliniken liegen vor von Gyselinck (97), Kayser (97), Gerber (98), Stetter (98) und Paul Koch (343).

Mit der Bedeutung der Mundathmung beschäftigen sich die Arbeiten von Clarence C. Rice (437), J. J. Bowen (437), James M. Crawford (437), Leslie Burrell (437).

Ueber die Röntgenstrahlen liegen eine ganze Reihe von Publicationen vor, die aber wenig Neues bringen, J. Sendziak (2, 145), A. Scheier (6, 91), A. Rosenberg (91, 146), H. Benedikt (6) und M. Mignon (500) behandeln dieses Thema.

In einer Redact. Notiz (437) wird der Umstand, dass Nansen und seine Leute während ihrer ganzen Expedition frei von Catarrhen blieben, während sie nach ihrer Heimkehr sofort von einer Erkältung befallen wurden, als Beweis dafür angeführt, dass die Erkältung eine Infectionskrankheit darstelle. — Physiologische Betrachtungen über Erkältung veröffentlicht Brück (99).

Die Erkrankungen der oberen Luftwege bei verschiedenen acuten und chronischen Krankheiten behandelt Sokolowski (100, 224) und J. C. Mullhall (498, 538), bei der Gicht Castex (498).

H. Stahr (280) fand beim gesunden Neugeborenen 2—3 submentale und 3 submaxillare Lymphdrüsen beiderseits. — In einer redact. Notiz (280) wird auf die Bedeutung der Hyperplasie der Rachen- und Gaumentonsillen für Drüsenschwellungen hingewiesen. — Calot (280) empfiehlt Chlorzinkinjectionen in die geschwollenen Drüsen bis zur Erweichung, dann Punction und Injection von Naphtholcampher.

Unter den Erkrankungen des äusseren Halses sind die Cysten des Halses in einer grösseren Reihe von Arbeiten behandelt. Casuistische Mittheilungen liegen vor von van Engelen (144), Siegenbeck van Heukelom (281), Ortez Cano (281) und Scudder (281). Lisjanski (5, 281) beschreibt ein Lymphangiom des Halses, Delagenière (392) ein Dermoid mit Fistelbildung. Sultan (5, 115) unterscheidet: 1. Cystenhygrome, die durch Störung in der Kiemenbogenentwicklung veranlasst werden können; 2. mittlere Halsfisteln vom Tractus thyreoglossus, welche meistens multipel von der äusseren Haut oder dem Foramen coecum gegen das Zungenbein verlaufen und blind endigen. — Coudray (281) publicirt einen Fall ven Torticollis spasmodic., der durch Resection des äusseren Astes des Spinalis gebessert wurde. — Fälle von Phlegmone des Halses veröffentlichen Orlow (5), Kusnezow (5), Depage (143), van Engelen (143), Buys (143), von Angina Ludovici Webben (144), Ledermann (232).

Auf Grund von Thierexperimenten fand Jukowski (343) 3 Punkte an der Gehirnoberfläche, die Einfluss auf die Athmung haben: 1. Reizung der äusseren Partie der Pars praecruciata der Sigmoidalwindung bewirkt Beschleunigung, 2. Reizung zwischen Pars cruciata und Frontallappen verursacht tiefe Athembewegungen und bei stärkerem Reiz Stillstand in der Inspirationsphase, 3. Reizung im vorderen Drittel der 2. Grundwindung ruft Verlangsamung resp. Stillstand in der Exspiration hervor. Bei längerer Dauer des Reizes hört die Wirkung auf. —

E. Burgi (225) fand, dass die CO_2-Ausscheidung bei Arbeit auf der Höhe gesteigert ist, bei Trainirung ist die Vermehrung geringer.

Barth (223) beschreibt einen Fall von tonischem Krampf des Zwerchfells, zeitweise klonischen Krämpfen und einer Zwerchfelllähmung nach 2 Wochen, der geheilt wurde. — M. Sänger (345) führt das Gefühl von Athemnoth bei trockenen Catarrhen auf die verringerte Feuchtigkeit und die herabgesetzte Sensibilität der Schleimhaut zurück. — D. Braden Kyll (497) veröffentlicht einige allgemeine Bemerkungen über die Secretion der Schleimhaut der oberen Luftwege. — A. Fraenkel (343) fand beim Bronchialasthma eine massenhafte Desquamation in den mittleren und feineren Bronchien, so dass ein Verschluss ihres Lumens eintrat. Bei längerem Bestehen des Asthmas kommt es zu einer Erweiterung der feineren Bronchien und zur Verdickung, Infiltration und Gefässreichthum ihrer Wandungen. — v. Noorden (100) empfiehlt beim Asthma Atropin, A. Fraenkel (343) Hyoscin. hydrobrom. M. Gregor (500) Paraldehyd und Frese (500) Jodipin statt Jodkali.

Ueber den Foetor in Folge von Erkrankungen der oberen Luftwege hat Bayer (223, 262) eine Arbeit veröffentlicht.

Mittheilungen über Blutungen in den oberen Luftwegen machen Dreyfuss (100) bei Lebercirrhose und im Frühstadium der Tuberculose, W. Bittner (345) Arrosionsblutungen aus grossen Gefässstämmen, E. Stein (345) Blutung aus der Carotis in Folge von Abscess der Parotis und Reboul (20) nach Durchschneidung des Frenulum linguae.

A. Beck (291) fand die Secretionscentren für die Speicheldrüsen doppelseitig in den Facialiskernen. Bei centripetaler Erregung treten zunächst die excretorischen Centren in Thätigkeit, von diesen abhängig ist die Thätigkeit der trophischen Centren. — Wolfsohn (16, 403) stellte fest, dass die Speichelmengen bei Hunden von der Trockenheit der Nahrung, der Mucingehalt von ihrem Nährwerth abhängig ist, während die Parotis in jedem Falle gleich flüssigen Speichel secernirt. — Nach Hugenschmidt (403) ist die bactericide Kraft des Mundspeichels an die beigemengten Leukocyten und die die pathogenen Keime zerstörenden Saprophyten gebunden, während Henry L. Wagner (538) die natürliche Immuniät mit dem aus dem Mucin entwickelten pepsin- und trypsinhaltigen Ferment in Verbindung bringt. In einer redact. Notiz (403) wird die saure Reaction der Mundflüssigkeit im Schlafe hervorgehoben. — Küttner (144) beschreibt entzündliche, wahrscheinlich durch Entzündung der Mundhöhle hervorgerufenen Tumoren der Submaxillaris, welche den Eindruck maligner Tumoren machen. — Buys (153) theilt 2 Fälle von Speichelsteinen mit. Hartmann (292) einen, in dessen Centrum sich Streptococcen fanden, die er mit dem infectiösen Ursprung des Steines in Verbindung bringt. — G. Lotheissen (5) beschreibt 1 Sarcom und 1 Chondromyxosarcom der Submaxillaris, G. Löwenbach 2 Tumoren, die er als cylindromatöse Carcinome oder carcinomatöse Cylindrome auffasst. — Entzündungen der Parotis veröffentlicht Infield (51) in Folge von Trauma, Rénou u. Follet (179) nach Jodtincturpinselung, Danlos (393) durch Kalium jodatum, Fayette Ewing (167) in Folge von Verlegung des Ductus Stenonianus und Goldschmidt (179) einen Fall von Parotitis epidemica

mit tödtlichem Ausgang in Folge von Sepsis. — Casuistische Mittheilungen über Speichelfisteln macht van Heerswinghels (153), Goris (153) und M. Bolt (176). — Ein reines Angiom der Carotis sah Forchheimer (51), einen Mischtumor, der ein Endotheliom mit Ursprung im Bindegewebe darstellt, Curtis und Phocas (392). R. Meslay (180) exstirpirte einen Tumor der Parotis, der sich als tuberculös herausstellte, unter Facialisverletzung. — Meslay und Parent (392) unterscheiden eine disseminirte von einer confluirenden Form der Tuberculose der Parotis. Die Infection geht in beiden Formen meist vom Ductus Stenonianus aus, kann aber auch auf dem Blut- oder Lymphweg erfolgen. Die Entwicklung des Processes erfolgt meist indolent, schleichend, da es sich meistens um eine primäre und locale Affection handelt, so ist die Prognose für die radicale Operation günstig.

Avellis (5, 225) beobachtete eine functionelle Hypertrophie der Thymus bei kleiner Milz mit Suffocation, Dixon (345) einen Thymustod bei einem 6jährigen Kind.

B. Fränkel (499) tritt dafür ein, dass nicht nur das eingetrocknete, sondern auch flüssiges Sputum in kleinsten Tröpfchen (Flügge's Versuche) die Infectionsgefahr bei Tuberculose bedingt. Er empfiehlt aus diesem Grunde Mundmasken für die Phthisiker und Erziehung zum Bedecken des Mundes beim Husten. Cornet (499) hält dem gegenüber an der Infection durch trockenes, verstäubtes Sputum fest. — Kaposi (344) beschreibt Miliartuberculose der Haut und der angrenzenden Schleimhäute. — Sirot (145) fand, dass die Injection von 20 ccm des künstlichen Serums bei Tuberculösen Fieber hervorruft, bei Nichttuberculösen aber kein Fieber verursacht. Terre (145) bestätigt diese Versuche unter Betonung ihrer Ungefährlichkeit. — Faisans (345) weist auf die Wichtigkeit der Unstätigkeit des Pulses für die Prognose der Tuberculose hin.

E. Meyer (91) beschreibt 2 Fälle von Lupus, bei denen die Uebertragung wahrscheinlich durch gemeinsamen Handtuchgebrauch zu Stande kam. — Zur Behandlung von Lupus empfiehlt Stokes (326) die Einimpfung von Culturen vom oxygenirtem Staphylococcus pyogenes aureus, F. Schultze (357) die radicale Exstirpation, eine redact. Notiz (448) Curettement, Paquelin oder Cauter und Tct. Jodi, Lennox Browne und Wingrave (170) das Tuberculin R., Dundas Grant (170) das Xeron, S. Bang (6), Vinrace und Wingrave (170) und Reid (170) empfehlen die Lichttherapie.

Extragenitale syphilitische Primäraffecte publiciren A. Ebner (99, 344), A. Fournier (17), Perrogon (192). Einen sehr schweren, innerhalb 6 Jahren zum Tode führenden Fall von Syphilis, mit terminaler Tuberculose und Amyloidentartung theilt Gaston (407) mit. Bosworth (498) fasst skrophulöse Geschwüre entweder als hereditäre oder früh acquirirte Syphilis auf.

Bei den pseudomembranösen Affectionen hält Cheval (99) die bakteriologische Untersuchung für nothwendig für die Festsetzung der Therapie. — Charrin (225) injicirte 1 ccm Diphtheriegift in den Darm von Föten, unter 7 Versuchen trat 4 mal eine Intoxication der Mutter ein.

A. Frey (5) bespricht die Aetiologie, den Infectionsmodus, die Diagnose, Prognose und Therapie der Aktinomykose. Max Wolff und James Israel

(52) betonen im Gegensatz zu van Niessen (52) die Unität der Aktinomykose. Raewsky (345) fand, dass Jodnatrium auf den Aktinomyces entwicklungshemmend wirkt und empfiehlt die therapeutische Verwendung dieses Salzes.

Ueber Influenza liegen Arbeiten vor von Stewart (438), Schoonmaker (438), Raget (439), Plummer (439), Swayze (438), der die Grippe als Leuchtgasvergiftung, Faisans (439) als Ursache der Perityphlitis betrachtet. — Park (438) bestätigt Pfeiffer's bakteriologische Befunde bei Influenza. Smith (438) ist der Ansicht, dass der Influenzabacillus allein eine Pneumonie verursachen kann, aber meist in Verbindung mit dem Pneumococcus auftritt. Mittel gegen die Influenza empfehlen Hofheimer, Benedict, Ashburton Cutter (439), Bartholow, Bernard, Baccelli (440).

Bergengrün (203) behandelt die Lepra der oberen Luftwege nach ihrer Localisation und Erscheinungsform. Henry L. Wagner (586) beschreibt einen Fall von leprösem Ulcus der Lippen bei freier Nase, in dem die Diagnose bacteriologisch festgestellt wurde. — Schäffer (344) fand, dass von der Schleimhaut der oberen Luftwege Leprabacillen beim Husten, Niesen, Sprechen und Räuspern in die Luft gelangen, die dann andere Individuen von der Nasenschleimhaut inficiren.

Menzel (344) kennt keinen Pemphigus ohne Blasen; nach Platzen derselben bilden sich die Auflagerungen aus Fibrin mit poly- und mononucleären Leukocyten. H. v. Schrötter (98) und Fuchs (46) liefern casuistische Mittheilungen über Pemphigus.

Henry L. Wagner (536) fand bei Keuchhusten einen Bacillus, der 2 bis 3 mal so lang wie breit, an den Enden verdickt und abgerundet, in der Mitte getheilt ist und eine Kapsel besitzt, und den er für die Frühdiagnose verwerthet sehen will.

Vuillermin (225) hat die endogene Sporenbildung des Soorpilzes studirt. Nach seinen Untersuchungen ist er ein echter Ascomyces, für den er den Namen Endomyces albicans vorschlägt.

Burghart (100) fand, dass Chromsäure Ulcera an den Händen, Füssen, der Glans, den Augenlidern, dem Gaumen, Kehlkopf und dem Septum nasi verursacht und zu Bronchititis, Asthma, Tuberculose und Nierenaffectionen führt.

Hölscher (99) glaubt, experimentell nachgewiesen zu haben, dass die Aetherdämpfe keinen Reiz auf die Tracheo-Bronchialschleimhaut ausüben, eine Behauptung, der Felix Semon widerspricht. Hölscher hält die Affectionen der oberen Luftwege nach Aethernarkose für die Folge von Aspiration infectiösen Mundinhalts. Auch Calcar (224) führt einen grossen Theil der Schluckpneumonien auf den septischen Mundinhalt zurück und empfiehlt deshalb gründliche Reinigung des Mundes vor der Narkose. — Emil Mayer (536) empfiehlt bei Nasen- und Halsoperationen die Schleich'sche Anästhesie. Mit dem Cocain und Eucain befassen sich die Arbeiten von Wreden (52) (historisch), Reclus (52), Vinci (52), Pachon und Moulinier (180), Morton (282), die dem Eucain zum grossen Theil wegen der geringeren Giftigkeit und längeren Haltbarkeit der Lösungen den Vorrang einräumen.

Zur Sterilisation der Instrumente empfehlen Zarniko (180) und Körner

(181) Auskochen auch der Spiegel, während Schech (180) eine Desinfection mit 5 proc. Carbolwasser nach gründlicher mechanischer Reinigung für ausreichend erachtet. — Um das Beschlagen der Spiegel zu vermeiden, bewahrt Vacher (6) dieselben in 1 proc. Natriumcarbonat oder 1 pM. Quecksilbercyanür auf.

Instrumente.

Hopmann (181): Sterilisirbarer Halsspiegel.
Lack (393): Schlinge.
Gabe (393): Zungenhalter mit Thermometer.
Breitung (393): Sterile Glastupfer.
Heermann (393): Aseptischer Galvanokauter.
Lamann (393): Doppelbatteriegriff.
Yonge: Autoinsufflator in den Larynx.
A. Singer (394), Duke (394), Beale (394): Inhalationsapparate.

Therapie.

Zahlreiche Arbeiten liegen über Orthoform und Xeroform und Menthol vor. Swain (539) empfiehlt die locale Anwendung des wässrigen Nebennierenextractes wegen seiner kräftigen vasoconstrictorischen Wirkung bei acuten Congestionen, von therapeutischen Methoden bespricht Lamann (282) den Unterschied zwischen Electrolyse und Katalyse, Smester (6) die Siphonnage zur Reinigung des Mundes und Halses. Dunbar Boy (391) warnt vor dem Missbrauch der Sprays und des Kauters. Ueber die Indicationen der Inhalationscuren schreibt Ziffer (484).

E. Meyer.

B. Nase, Nebenhöhlen, Nasenrachenraum.

Wright (500) untersuchte das erectile Gewebe in der Nasenschleimhaut beim Stiere und beim Ochsen. Er weist wie Mackenzie und Fliess auf den physiologischen Zusammenhang zwischen der Thätigkeit des erectilen Gewebes in der Nase und der sexuellen Erregbarkeit hin. W. constatirte verschiedene Dicke des erectilen Gewebes der Nase bei dem castrirten und nicht castrirten Thier.

Nach Ayrton (346) haben Metalle keinen Geruch; die rasche Verbreitung eines Geruches kommt nach ihm weniger durch Diffusion der Riechsubstanz als durch die Luftbewegung zu Stande. Moll (8) beschreibt einen Geruchsmesser mit einer chemisch reinen Riechlösung nach Zwaardemaker. Letzterer selbst (227) bespricht die Reiz- und Geschmacksempfindung, welche Riechstoffe neben dem Riecheindruck hervorrufen. Tactile durch scharfe Riechstoffe verursachte Reizung ist auf das Diffusionsgebiet der durch die vordere Hälfte des Nasenloches eintretenden Luft beschränkt. Ungefähr dasselbe gilt für die gustative Reizung schmeckender Riechstoffe, so dass die Möglichkeit einer pharyngealen Geschmacksempfindung zugestanden werden muss. Die gustative Sensation hat eine sehr lange Reactionszeit, z. B. die süsse Empfindung im Geruch des Chloroforms: eine Secunde.

Wright (229) beschreibt hyaline Körperchen in Schleimpolypen der Nase, welche durch degenerative Vorgänge entstehen und ihren Ursprung in den Zellen des bindegewebigen Stromas haben. Neuberger (7) fand nach Durchschneidung des N. olfactorius bei der Ente Atrophie der caudal von der Operationsstelle gelegenen Hirntheile; die Riechschleimhaut erleidet danach keine Veränderung: die Riechzellen sind demnach in der Peripherie gelegene Ganglienzellen, Centren der Riechbahn erster Ordnung. Okada (228) liefert Beiträge zur Pathologie der Schleimpolypen der Nase; zur histologischen Darstellung der schleimhaltigen Theile der Polypen empfiehlt O. die Thioninfärbung.

Villegas (226) behandelt die Frage der Hygiene der Nase und der Nasenhöhlen.

Coulter (346) macht Mittheilungen über Prophylaxe bei Nasenkrankheiten und bespricht besonders den Einfluss der Kleidung und die Bedeutung der Erkältung auf die oberen Luftwege. Richards (441) räth in einem Artikel über die Toilette der Nase, dass schon die Kinder lernen sollen, mittelst einer Nasendouche, des Nasenbades oder des Zerstäubers ihre Nase mit einer warmen alkalischen Salzlösung auszuspülen. Ryerson (441) giebt eine Lösung zur Reinigung der Nase an, Lewis (441) empfiehlt Reinlichkeit bei Hals- und Nasenkrankheiten. Raugé (290) macht darauf aufmerksam, dass nach Nasenspülungen Störungen des Geruchs, Kopfschmerz, Ohrenentzündungen auftreten können und bespricht eingehend die Methodik der Irrigationen. Jacobson (291) stellte an Köpfen, die in der Höhe des 2. Halswirbels vom Rumpfe getrennt wurden, experimentelle Untersuchungen über Nasenspülungen und Nasenrachendouchen an. Depierris (290, 441) beschreibt die Methodik des Nasopharyngealbades mit seiner Pipette; das Instrument, aus dem die Flüssigkeit ohne Druck in die Nase einläuft, gleicht den bekannten Einrichtungen für Nasenbäder von Fraenkel, Jelenffy, Urbantschitsch.

Ueber die Beziehungen zwischen Nasen- und Augenkrankheiten berichten Stiel (59), Chambers (59), Seifert (102). Douliot (394) beschreibt einen Fall, in dem der Patient ein Jahr nach Verlust beider Augen Licht durch die Nasenöffnung wahrnahm: wahrscheinlich war ein Stück Retina erhalten und bestand eine verbindende Oeffnung zwischen Nase und Augenhöhlen. Schanz (398) beschreibt einen Fall von Luxation des Auges bei einem Glasbläser in Folge von Blasen durch die Nase. — Rost (57) berichtet über epileptoide Anfälle, die anscheinend durch nasale Verstopfung bedingt waren. — Lermoyez (445) behandelt eingehend einen Fall von Insufficienz der Nase bei Hysterie. Wells (397) betont, dass nasale Neurosen und nervöse Symptome der Nasenverstopfung auseinandergehalten werden müssen. Ziem (102) spricht über die Beziehungen der Nasenkrankheiten zur Psychiatrie. — Wells (350) empfiehlt bei Hautkrankheiten, die den gewöhnlichen therapeutischen Maassnahmen widerstehen, die Nase gründlich zu untersuchen. — Ueber die Aetiologie einiger nasaler Reflexneurosen berichten Meyjes (56) und Spiess (56); letzterer betont, dass die Berührung zwischen zwei Schleimhautflächen, die Verschiebung der Flächen gegeneinander oder die Einlagerung eines dritten Körpers zwischen die beiden Flächen z. B. eines Polypen oder Staub, Reflexneurosen erzeugen. Murray (502), Seiler (503)

führen an, dass Ausschläge im Gesicht durch Reflexvorgänge in Folge von nasalem Druck erzeugt werden können. Guder (57) bespricht Reflexerscheinungen von Seiten des Herzens bei Nasenkranken; durch Reizung der Riechschleimhaut konnte er Herzpalpitationen nicht auslösen.

Rein (283) giebt einen Ueberblick über die Krankheiten der Nase, des Rachens und des Nasenrachenraums. Bei Sycosis subnasalis behandelt Unna (53) die Nasenschleimhaut mit Spülungen von Decoct. Chinae, bei Besserung mit 1 pM.—$^1/_2$ pCt. Ichthyollösung; die Oberlippe verbindet er dabei mit Zinkoxyd-Schwefel- oder Zinkoxyd-Ichthyol-Salbenmull, bei schweren Fällen mit Ichthyol-Chrysarobin-Salbenmull. Lenzmann (3) theilt einen Fall von Furunkel des Naseneingangs mit, aus dem sich Oedem der Gesichtshaut und allgemeine Sepsis mit tödtlichem Ausgange entwickelte. Zur Behandlung von Acne vibrissarum verwendet Gerber (98) Resorcin- und Naphtholsalben. Pozzi (54) heilte Acne hypertrophica der Nase durch Ablösung derselben und nachfolgende rhinoplastische Operation. Péraire und Pilliet (54) theilen einen Fall von Acne hypertrophica der Nase mit. Sticker (350) betont die Häufigkeit des Primäraffectes der Acne in der Nasenschleimhaut. Comte (226) beschreibt einen Fall von Elephantiasis der Nase mit Excision der hervorragenden Stücke. Rice (504) behandelt den Nasencatarrh bei Kindern: er unterscheidet den acuten und chronischen, den einfach catarrhalischen und eitrigen, den hypertrophischen und atrophischen, den idiopathischen und symptomatischen Nasencatarrh. Hagedorn (505) empfiehlt bei chronischem Nasencatarrh Massage für hypertrophische Zustände und Xeroformeinblasungen gegen die Hypersecretion. Leonard (505) berichtet über chronischen Nasencatarrh. — Wade (9) bespricht den Nasencatarrh und seine Behandlung. Collett (181) beschreibt einen Fall von Coryza mit offenbarem Ursprung von den Zähnen. Red. Mittheilungen (8), Löffler (8), Courtade (8), Naegeli-Akerblom (8 und 182), Garel (9), Unna (9), Red. Notizen (9), Whitney (181), Red. Not. (182) geben Verordnungen zur Behandlung der Coryza; desgleichen Mc. Lean (503) und Malbec (504). — Permewan und Carter (503) beschreiben Fälle, in denen acute Rhinitis Anlass zu Allgemeininfection gab und das Fieber nach Behandlung des nasalen Leidens schnell nachliess; sie empfehlen, in dunklen Fällen von Infectionskrankheiten die Nase zu untersuchen. — Cullen (504) schreibt über Behandlung der Rhinitis. Red. Not. (9), Purkitt (182, 503), Saenger (503), Red. Not. (103) geben Verordnungen zur Behandlung der Rhinitis. Warren (503) schreibt über acute Rhinitis. — Nach Gerber (98) beruht die fibrinöse Rhinitis oft auf Infection mit Diphtheriebacillen: derselbe Autor schreibt (506), dass die nicht diphtherische fibrinöse Rhinitis in 2 bis 3 Wochen heilt und selten andere Schleimhäute inficirt. Lack (184) spricht über die fibrinöse oder membranöse Rhinitis und ihre Beziehungen zur Diphtherie; er fand bei 33 von 36 Fällen den Klebs-Löffler'schen Bacillus. Lacoarret (506) theilt 2 Fälle von fibrinöser Rhinitis mit, von denen der eine Kinder aus der Umgebung mit Diphtherie inficirte. Chapman (10) fand bei drei Fällen von Rhinitis fibrinosa keine Diphtheriebacillen, er legt mehr Werth auf die histologische Untersuchung: er constatirte in dem Exsudat viele polynucleäre Leukocyten, wenig Epithelzellen, einige Kokken, eingebettet in einem dichten

fibrillären Netzwerk. Dixon (9) veröffentlicht einen Fall von fibrinöser Rhinitis, Koch 2 Fälle von Coryza diphtherica mit reichlichem acuten Ausfluss ohne Pseudomembranen. Warnecke (347) beschreibt 1 Fall von Rhinitis pseudomembranacea mit Bildung eines Fibrintumors im Nasenrachen; die oberflächlichen Theile desselben enthielten Kokken, die tieferen Theile waren steril. Price-Brown (506) empfiehlt bei nicht diphtherischer pseudomembranöser Rhinitis die befallenen Individuen zu isoliren, bis die bacteriologische Untersuchung gemacht ist. — Lacoarret (10), Wroblewski (185) theilen Fälle von Rhinitis caseosa mit, desgleichen Molinié (185). Arslan (506) betont, dass die Rhinitis purulenta caseosa keine besondere Krankheit, sondern ein Symptom verschiedenartiger Complicationen und nicht durch Streptothrix alba bedingt ist. — Die polymorphen Rhinitiden kennzeichnen sich nach Pélacz (347) durch Hypertrophie, Atrophie, Veränderung der Secretion, ulceröse oder polypöse Wucherungen der Schleimhaut. — Converse (504) applicirt bei purulenter Rhinitis der Kinder nach Reinigung der Nase Europhen mit Zucker. — Robinson (505) bespricht die hypertrophische Rhinitis bei weiblichen Patienten in den Pubertätsjahren und warnt vor dem Missbrauch der Cauterisation bei der Behandlung derselben. Gerber (98) stellt fest, dass von den Rhinitiden am häufigsten die hypertrophische ist; bei dieser Affection ist Massage contraindicirt. Rhéti (11) trägt bei polypöser Rhinitis die Mitte und die Enden der kranken Muschel mit der Hoffmann-schen Scheere ab, da sonst Recidive eintreten. — de Stella (505) beschreibt einen Fall von gonokokkischer Rhinitis bei einem Kinde; Lermoyez (505) empfiehlt zur Behandlung derselben Auswaschung und Einblasung von kleinen Mengen von Arg. nitr. fus. pulv. 0,18, Talci 9,0. Der Verfasser empfiehlt die Nase täglich mit Wattetampons, in Protargollösung von 1 : 50—1 : 10 getaucht, auszuwischen und dazwischen 3 mal täglich Salbe von Vaselin 13,5, Ac. boric. 1,35, Menthol 0,135 in die Nase zu streichen. — Todd (181) macht eine Form von äusserlicher Rhinitis durch Diphtheriebacillen bei Kindern, die sich in der Reconvalescenz von Scharlach befinden, bekannt; er constatirte sie 51 mal bei 365 Kindern und fand sie am öftesten bei Patienten zwischen 3 und 4 Jahren. Ueber die Beseitigung hypertrophischer Theile an den Nasenmuscheln machen Mittheilungen Myles (147), Permewan (148), Delavan (148), Hecht (148), Bloebaum (148), Hamm (148). Somers (442) studirte den Einfluss der Muschelhypertrophie auf den Pharynx. — Casselberry (182) behandelt die Symptome der atrophischen Rhinitis. Richards (11, 507), Poscher (183) geben Verordnungen zur Behandlung der atrophischen Rhinitis. — Für die Aetiologie der Ozaena sind nach Gerber (98) nicht allein bestimmte Bacillen, sondern auch Syphilis, Scrophulose und Infectionskrankheiten verantwortlich zu machen; die Nebenhöhlen fand G. in allen Fällen von Ozaena gesund. Die Ozaena ist nach Hecht (10) keine Erkrankung bacterieller, sondern trophoneurotischer Natur, da der bacteriologische Befund bei Besserung derselbe wie vorher ist. Rundström (182) veröffentlicht klinische Untersuchungen über die Aetiologie der Ozaena. Er findet im Secret aller Ozaenakranken den Kapselbacillus Friedländer's; das Aussehen desselben ist dem des Pneumoniebacillus ähnlich; er wächst wie dieser in Gelatine-Stichculturen; er zeigt dasselbe morphologische Aussehen, dieselbe Grösse,

wird auch nach Gram entfärbt, hat dieselben pathologischen Eigenschaften, tödtet weisse Mäuse, coagulirt Milch nicht, entwickelt in zuckerhaltigen Medien Gas; dieser dem Friedländer'schen Bacillus ähnliche Bacillus wird ausser bei Ozaena auch bei fötiden Rhinitiden gefunden; die hereditäre Lues spielt keine ätiologische Rolle bei der Ozaena. Chauveau (183) beschreibt 1 Fall von Ozaena bei einem Kinde von 51 Monaten mit laryngo-trachealen Complicationen und letalem Ausgang. Cholewa und Cordes (347) sehen in den fettigen Degenerationen, die bei Ozaena vorkommen, nichts Charakteristisches; fettige Degenerationen sind auch bei Nasenaffectionen ohne Foetor und Atrophie constant vorhanden. Das Wesentliche des pathologischen Vorgangs erblicken sie in einem selbstständigen und primären Schwund des Knochens. Durch den Knochenprocess wird die Blutzufuhr zur Schleimhaut gestört, die Atrophie derselben ist eine secundäre, desgleichen der Foetor, der durch die Bacterien vermittelt wird. Ozaena findet sich nach Meisser (348) nur bei Breitgesichtern; für das Zustandekommen derselben wirken zusammen Epithelmetaplasie der Nasenschleimhaut und Chamaeprosopie resp. weite Nasenhöhlen. Beiträge zur Behandlung der Ozaena geben Cheval (183), Cathelin (184), Bruck (348), Thomas (349), Gouguenheim und Lombard (349), Stetter (98), Lombard (10), Sila-Nowitzki (10), Mouret (11), Ferreri (11, 507), Rhéti (11), Bruck (11), Fasano (507), L. v. Schrötter (507), Hamm (507), Mc. Bride (507).

Gleason, Douglas, Roe, Watson, Bosworth, Asch (443) machen Mittheilung über Behandlung der Nasenstenose durch Septumverbiegung mit und ohne Verdickung der convexen Seite. Myles (444) berichtet über zwei Fälle von adhäsiver Nasenstenose. Newcomb (444) bespricht die nasale Verstopfung bei übertriebenem Hervorragen des vorderen Bogens der Halswirbel, Swail (444) die Nasenverstopfung und ihre Folgen. In der Vorlesung über Verstopfung der Nase betont Mendel (283), dass die Hauptfunction der Nase die Athmung, der Geruch nur ein secundäres Attribut derselben ist; zu Insufficienz der Nase geben nach M. Anlass Missbildungen des Skeletts, Entzündungen der Riechschleimhaut oder der Nebenhöhlen, Neubildungen. In symptomatischer Hinsicht entstehen aus der nasalen Insufficienz schlechte Blutzusammensetzung, Störungen durch mangelhafte Lüftung der Nase, Störungen durch ungenügende Menge der inspirirten Luft, Störungen durch Einathmen kalter, unfiltrirter Luft, Störungen durch Nichtbenutzung der Nasenwege. Guttmann (285) spricht über Verstopfung der Nase und ihren Einfluss auf den menschlichen Organismus, Buys (285) über intermittirende Nasenverstopfung, Wallace (285) über traumatische Entstellung der Nase mit Verstopfung derselben durch Verbiegung des Septums. Freudenthal (286) betont bei Verstopfung der Nase die Mundathmung dadurch zu beseitigen, dass man die Hindernisse in der Nase forträumt. Lermoyez und Boulay (445) sprechen über nasale Insufficienz und Verstopfung, Collier (102) bespricht den Zusammenhang zwischen Nasenverstopfung und Ohrenkrankheiten. Bruck (101) räth, die Nase auch ohne Speculum zu untertersuchen, da bei der Rhinoscopia anterior der Luftstrom in der Nase eine andere Richtung erhält.

Noquet (227, 501) bespricht an der Hand von 3 Fällen die subjective Parosmie, Lacoarret (8) einen Fall von Kakosmie.

Stetter (98) wendet die Vibrationsmassage bei Schleimhauthypertrophien der Nase an, Browicz (14) bei hypertrophischen und atrophischen Processen der Nasenrachenschleimhaut; Hagedorn (505) befürwortet beim chronischen hypertrophischen Catarrh der Nasenschleimhaut die Bestreichungsmassage mit dem Hartgummicatheter. Löhnberg (289) giebt einen Apparat für Vibrationsmassage der Nasenschleimhaut an.

Bernoud (394) theilt 1 Fall von cystischer Degeneration beider mittleren Muscheln mit. Lavrand (228) bespricht die Aetiologie und Pathogenese der Schleimpolypen der Nase; er glaubt an die Theorie des entzündlichen Ursprungs der Polypen, weil stets Luft beladen mit verschiedenen Substanzen die Nase passirt. Swain (229) spricht über Nasen- und andere Polypen, Juler (395) über Nasenpolypen und ihre Entfernung, Mackenzie (230) giebt eine Vorlesung über Nasenpolypen für Aerzte, Wright (230) behandelt die Beziehungen der papillären, ödematösen Nasenpolypen zu den Adenoiden, Mackenzie (231) macht Bemerkungen über 1 Fall von malignen Polypen. Fullerton (444) bespricht 1 Fall von displacirter linker mittlerer Muschel durch Nasenpolypen. Shambaugh (184) bespricht die Krankheiten der Nase und ihrer Adnexa, bei denen Eiterausfluss vorkommt.

Casselberry (443) theilt die Deformitäten der Nasenscheidewand ein in 1. Excrescenzen oder Spinen, 2. Deviationen, 3. Combinationen von 1. und 2. Donelan (443) hat 6 Fälle von Deformitäten der knorpligen Nasenscheidewand nach Asch operirt. Drabczyk (15) verwendet bei Nasenscheidewandverkrümmungen, Exostosen, Hypertrophie der Nasenmuscheln die Electrolyse. Kyle (443) betont, dass bei jeder Deflection der Nasenscheidewand eine Modification der gewählten Behandlungsmethode vorzunehmen sei. Bayet (146) spricht über Destruction der Nasenscheidewand ohne Deformität der Nase, Douglas (147) über die Geradestellung der Nasenscheidewand, Abrashanow (146) ersetzt die bei Sattelnase verlorene Nasenscheidewand durch eine Knochenplatte von gewöhnlichem Thierknochen. de Blois (508) empfiehlt submucöse Operationen an der Nasenscheidewand mit Erhaltung der Schleimhaut. Ballenger (442) theilt einen Fall von Abscess an der Nasenscheidewand mit, der 4 Tage nach Operation mit der Säge auftrat. Leffingwell (442) führt Geschwürsbildungen am Nasenseptum und am Nasenboden auf einen varicösen Zustand im Nasenrachen zurück und behandelt sie mit Wasserstoffsuperoxyd. 2 Fälle von traumatischem Hämatom des Septums theilt Baurowicz (3) mit, ferner 1 Fall von blutendem Polypen des Septums, Yeardsley (147) einen Fall von Papillom, Eichler (147) einen Fall von Adenom, Douglas (443) einen Fall von papillärem Fibrom des Septums. Die Perforationen im Septum nach Typhus bespricht Hubbard (442). Als Ort der chronischen Perichondritis bezeichnet Somers (442) die Cartil. quadrangul. Als Ursache führt er an directes Trauma, z. B. einen Schlag, oder indirectes Trauma; als letzteres führt er die durch hypertrophische Muscheln hervorgerufene Ablenkung der Inspirationsluft an, die dann das Septum trifft anstatt der hinteren Rachenwand.

Bei älteren Leuten tritt profuses Nasenbluten nach Stachiewicz (13) ein activ nach Endarteriitis, Aneurysma der Nasenarterien und fettiger Degeneration, passiv bei Varicen des Septums und durch Bohren in der Nase. Nach Red. Not. (186) ist Nasenbluten oft ein Zeichen interstitieller Nephritis, tritt auch bei Urämie auf und zwar wegen des dann gesteigerten arteriellen Druckes; bei Apoplexie wird das Nasenbluten als ein günstiges Zeichen angesehen, indem es die Gefahr des apoplectischen Anfalls abwehren oder verringern kann. Baxter Matthews (186) theilt einen Todesfall durch Blutung infolge Ruptur der tiefen Gefässe der Nase mit. Verordnungen gegen Nasenbluten geben Bouzier (14), Fruitnight (14), Sireday (14), Didama (186), Red. Not. (186), Rendu (186), Rousseau (187), Roche (351).

Fremdkörper in Ohr und Nase beschreiben Barret (58), Storer (58), Fremdkörper in der Nase Winslow (58), Felizet (287), Molinié (287) solche bei Kindern. Fälle von lebenden Fremdkörpern in der Nase (Insektenlarve, Insekt) führen Carrière (286), Meyes (286) an. Zur Vernichtung von Larven in der Nase empfiehlt Scheppegrell (58) Eingiessung von Oel; die Insekten athmen durch ein Röhrensystem, das sich mit Poren an den Seiten des Körpers öffnet: diese verstopft das Oel. Bousquet (286), Conell (287) geben Anordnungen zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase. Fälle von Nasensteinen beschreiben Garel (58), Raoult (58), Poole (58), Maljutin (398), Helsmoortel (286), Rueda (286).

Die nasale Hydrorrhoe ist nach Brindel (346) ein Transsudationsvorgang, bei dem das Blutserum durch die Maschen des submucösen Gewebes durchspritzt. B. traf glanduläres Gewebe nur sehr spärlich; es handelt sich also um eine Art Oedem der Schleimhaut mit unmittelbarer Excretion des flüssigen Extravasates. Lichtwitz (55) behandelte Heufieber mit Erfolg mit Orthoform. Müller (55) giebt Verordnungen gegen das Heufieber. — Fischer (101) beschreibt einen Fall von Hydatidenerkrankung des Gehirns.

Scheppegrell (285) macht eine Mittheilung über Bronchitis mit besonderer Berücksichtigung der gestörten Nasenathmung. Guye (398) betont in einer Abhandlung über Bronchialasthma und Athmung die Nothwendigkeit der nasalen Behandlung. Boucheron (9) bezeichnet in einem Falle Streptococcen-Rhinitis als mögliche Ursache für Asthma. Das Asthma bronchiale beruht nach Talma (57) auf Krampf der Muskeln der Luftwege; das charakteristische Geräusch entsteht durch exspiratorische Verengerung in den oberen Luftwegen, der Trachea, dem Larynx, dem Pharynx; P. heilt das Asthma auf Grund von Untersuchungen Zwaardemaker's durch Respirationsübungen mit sich daran anschliessenden Sprachübungen. Nach Clar (57) reagirt das nervöse Asthma bei Erkrankungen der Nase oft auf Luftwechsel, bei Ortswechsel oder Wetterwechsel am Orte. Ueber nächtlichen Kramphusten mit Coryza und Erbrechen bei Kindern macht Gastow (56) Mittheilung.

Nach Carralero (346) ist bei Kindern die Coryza die constante, meist zuerst auftretende, oft einzige Manifestation der hereditären Syphilis. A. Kuttner (185) untersuchte eingehend die syphilitischen Granulome der Nase, die weit emporragende, breitbasig oder gestielt aufsitzende Geschwülste sind, während die

ihnen ähnlichen Gummigeschwülste sich nur hügelförmig aus der Schleimhaut erheben. Die Granulome sind beständiger, als die gewöhnlich Zerfallserscheinungen aufweisenden Gummata. Fälle von Nasensyphilis beschreiben Lang (12), Lermoyez (349), Bernoud (349), Rosenthal (398), Sarremone (508); letzterer betont die Bedeutung des Schmerzes für die Diagnose der Nasenlues. Weidenfeld (395) beschreibt luetische Nasengeschwüre von seltener Ausbreitung, Red. Not. (185) giebt eine Verordnung für syphilitische Coryza beim Neugeborenen.

Sticker (350) betont die Häufigkeit des Primäraffectes in der Nasenschleimhaut bei Lupus und Lepra. Ripault (508) behandelt Lupus der Nase abwechselnd mit der Curette und dem Thermokauter, Lang (508) veröffentlicht Operationsresultate bei Lupus der Nase. Heron (12) heilte Lupus der Nase durch Injection von Tuberculin R.

Scheppegrell und Sticker (13) stellten fest, dass bei Lepra fast stets die Infection in der Nase Platz greift. Jeanselme und Laurens (13) fanden bei 15 von 25 Leprösen zunächst chronische Coryza und besonders Nasenbluten, die Schneider'sche Membran ist geschwollen und arrodirt, die unteren Partien des Septums sind geschwollen und bluten leicht; später wird die Nase deformirt, verkürzt, es tritt Sattelnase ein. Die zuletzt eintretende Perforation des Septums sitzt im unteren Theile desselben. Der Geruch ist fast ganz erhalten, es besteht Anästhesie, die Hansen'schen Bacillen finden sich im Nasensecret und bei Nasenbluten im Blut. Der Nasenschleim der Leprösen ist demnach äusserst virulent und wohl fast stets der Krankheitsübertrager.

H. v. Schrötter (98) theilt einen Fall von Tuberculose der Nase mit, Silberstein (350) zwei Fälle von Tuberculose der Nase und des lymphadenoiden Rachengewebes.

Je einen Fall von Rhinosclerom beschreiben Schötz (230), Weidenfeld (395), Kaposi (231), Campbell (231); in dem letzten Falle heilte die Affection nach Typhus.

Batko (350) macht Mittheilung von einer chronischen Rotzinfection bei einer Bauernfamilie, von der 3 Jahre lang rotzkranke Pferde gehalten wurden: es erkrankten der Vater an Abscessen, bei einem Kinde äusserte sich der Rotz unter dem Bilde von Ekz. scrophulos. introit. nas., bei der Mutter und einem anderen Kinde unter den Erscheinungen des eitrigen Nasencatarrhs. B. wandte Malleininjectionen an, ob mit Erfolg, wird nicht angegeben.

Martin (230) beschreibt eine Geschwulst der Nase mit Myeloplaques. Casselberry (508) beschreibt einen Fall von Nasenfibrom, Coomes (395) zwei Fälle von Fibroangiomen in Nase und Rachen, Glasgow (230) einen Fall von Angiom der Nase, Mc Kinney (395) einen Fall von Papillom der Nasenhöhle. — Moore (231), Bryan (501) beschreibt ein Angiosarcom der linken Nasenhöhle, Hopkin (232) ein Adenocarcinom der Nase. Clark (508), Sendziak (2), Nichols (231) publiciren je einen Fall von Sarcom der Nase. Klein (232) giebt eine pathologisch-histologische Studie über eine seltene Combination von Sarcom und Carcinom der Nasenhöhlen. Thorner (395) beschreibt einen Fall von Adeno-Carcinom der Nase. Hamilton (396) veröffentlicht einen Fall von Carcinom der unteren Nasenmuschel, Bloom (396) einen Fall von Epitheliom der Nase. Krieger (226) giebt einen Beitrag zur

Kenntniss vom Rhinophyma: es handelte sich um einen Fall von Oesophaguscarcinom, in dem sich an der Nase ein dem Rhinophyma ähnlicher Tumor entwickelte, der sich als Carcinom erwies.

Der Meningococcus intracellularis (Weichselbaum) kommt nach Schiff (101) in der Nasenhöhle nicht-meningitis-kranker Individuen öfter vor, wenn die Erkrankung sporadisch auftritt: zur Infection der Meningen gehört individuelle oder locale Disposition der Gewebe. Park und Wright (101) studirten die Nasenbacterien bei Gesunden. Ueber Affection der Nase bei Milzbrand berichtet Strubell (101).

Rice (289) erörtert, bei welchen Zuständen der Nase und des Rachens die Galvanokaustik angewendet werden soll und wann nicht. Monscourt (289) spricht über die Galvanokaustik und die nasalen Synechien. Fink (15) empfiehlt, die Galvanokaustik in der Nase auf das geringste Maass zu beschränken und hauptsächlich zur Beseitigung der vielen Reflexneurosen, die von der Nase ausgehen, zu gebrauchen.

Roe (502) bespricht die Correction nasaler Deformitäten durch subcutane Operation. Brown (445) empfiehlt die Anwendung von Gummiröhren nach intranasalen Operationen: er bevorzugt glatte, zusammendrückbare, elastische Röhrchen. Bardes (445) empfiehlt nach Nasenoperationen Amadou (Fungus ignarius) zur Blutstillung. Mayer (391) lässt sich bei der Mittheilung eines Falles von Exstirpation einer Cyste der mittleren Muschel über die Theorie aus, dass eine chronische Entzündung der Nasenschleimhaut, die sich auf den Knochen verbreitet, an diesem hyperplastische und dann resorptive Vorgänge auslöst.

Spiess (289) behandelt die Anwendung der Röntgen-Strahlen in der Rhino-Chirurgie.

Anderson (502), Hartwig (502) beschreiben je einen Fall, in dem die abgehauene Nasenspitze 35 resp. 20 Minuten nach der Abtrennung angenäht wurde und glatt anheilte. Goris (396) operirt, wenn das Gesicht behufs Zugang zur mittleren Nasenhöhle abzuschälen ist, nach dem Vorgange von Bardenheuer mit der Modification, dass er den häutigen Theil des Septums schont und durch die Oberkieferhöhlen hindurch gegen die Siebbeinzellen vorrückt. v. Navratil (98) berichtet über die Operation einer Deviation und Spina durch Aufschneiden der Nase. Garel (289) beschreibt seltene Nasenbrüche mit Necrose und Ausstossung der unteren Muschel. Bei eingesunkenem Nasenrücken richtet Davis (289) denselben nach der Methode von Cooper auf. Navratil (357) bespricht einen Fall von Osteoma frontis. Die Ursachen der Nasendeformitäten sind nach Goodwillie (54) congenitale, traumatische Hypertrophien und Tumoren der Knochen oder Weichtheile, maligne, specifische, constitutionelle Erkrankungen: er bespricht die Operationsmethoden der Rhinoplastik an der Hand operirter Fälle. Keen (501) beschreibt die Correction einer geheilten Nase. Goodale (501) verbessert die übertrieben römische Nase, indem er die überschüssigen Partien des Septums durch intranasale Operation entfernt, die Nasenknochen von ihrer maxillaren Verbindung löst, den knöchernen Kamm der Nase herabdrückt, bis er dem neugebildeten oberen Septumrand aufliegt und indem er schliesslich die seitlichen Wände fracturirt und herabdrückt. Lossen (226) machte eine Rhinoplastik un

Einfügung einer Hartkautschukprothese, Cheyne (227) stellte den Nasenrücken mittelst eines Kaninchenknochens wieder her, Suslow (227) heilte eine nach Verwundung verunstaltete Nase durch Transplantation des Ohrläppchens. Moore (501), Cottam (502), Cassidy (54) beschreiben Fälle von plastischen Nasenoperationen; Preindlsberger (54) nahm eine partielle Rhinoplastik nach Entfernung eines Epithelioms aus dem linken Nasenflügel vor. Herman (55) entnimmt die zur Rhinoplastik zu verwendenden Hauttheile aus der Haut der Wangen auf der Grenze der Regio nasalis und Regio infraorbitalis.

Craig (148) erörtert nach den Arbeiten von Zuckerkandl und Hajeck die Grössenverhältnisse und Entwickelung der Nebenhöhlen. Lamb (352) giebt einen Bericht über Diagnose und Symptomatologie der Nebenhöhleneiterungen. Lermoyez (352) bespricht Diagnose und Behandlung der acuten Entzündungen der Nebenhöhlen für Nicht-Rhinologen. Feier (351) behandelt die Eiterungen der Nebenhöhlen, Kiaer (356) das latente Empyem der Nebenhöhlen. Die tertiäre Syphilis der Nebenhöhlen entsteht nach Gilbert (357) fast stets im Anschluss an gummöse Knochenentzündungen in der Nase; er unterscheidet klinisch die auf die Nase beschränkte und die auf den Schädel übergreifende Form, betont die Gefahr der cerebralen Complicationen durch Meningitis, Encephalo-Meningitis oder Sinusthrombose. Er giebt Jod und Quecksilber in grossen Dosen. Die Radicaloperation bei chronischen Verschleimungen und Eiterungen der Nasennebenhöhlen behandelt Röpke (355).

Durch Eindringen von septischen Secreten in die Nebenhöhlen entstand nach Roure (151) Osteoperiostitis des Kiefers und der Orbita bei einem Neugeborenen. Moll (151) betont das „Ehemals und Jetzt" in der Erkenntniss der Kieferhöhlenkrankheiten anlässlich Helms Aufsatz: La sinuisite maxillaire du roi Louis XIV. Escat (16) beschreibt seine Methode der retromaxillaren Erhellung der Kieferhöhle. Lucius (355) bespricht die Diagnose der Kieferhöhlenabscesse. Grossmann (355) fand in polypösen Wucherungen, die der Kieferhöhle eines an Empyema antri Highmori Operirten entstammten, zahlreiche hyaline Körperchen. Stewart (355), Turner (356) theilen Fälle von Cysten der Kieferhöhle, Lanwers (356) einen Fall von Fibrom, Ruthen (151) einen Fall von Osteosarkom derselben mit. Halász (355) theilt 10 Fälle von seröser Erkrankung des Sinus maxill. mit. Saint-Hilaire (151) beschreibt 2 Fälle von Empyem der Kieferhöhle nach Tamponade der Nasenhöhlen, Kayser (97) 27 Fälle von Empyem des Antr. maxill. Zur Behandlung des Empyems des Antr. maxill. äussern sich Struycken (151), Meyjes (152), Herzfeld (152), Port (152).

Für die Diagnose der Stirnhöhleneiterung sind nach Gouly (354) drei Symptome bezeichnend: Schmerz an der Nasenwurzel, nasale Verstopfung, eitriger Ausfluss aus der Nase oder dem Nasenrachenraum. 2 Fälle von Sinuisitis der Stirnhöhle beschreibt Goris (149). Ramond (149) veröffentlicht einen Fall von eiteriger Entzündung der Stirnhöhlen, beider Highmorshöhlen mit Streptokokkenbefund nach Erysipel, bei dem der Tod durch Hirnabscess eintrat. — Bei einem Fall von Empyem der Sin. frontales mit Usur der ganzen vorderen Wand führt Gerber (352) als Aetiologie 3 Factoren an: Ozaena, Lues, Trauma. Fälle von Stirnhöhlenempyem beschreiben Stewart (353), Karutz (353), Furet (353).

Bei Stirnhöhlenempyemen treten nach de la Personne (149, 351) intermittirende Schmerzen wie bei Facialisneuralgie, ferner Symptome seitens der Ciliarnerven auf, wie Photophobie, Thränen, Accommodationslähmung; in selteneren Fällen stellt sich danach Phlegmone der Orbita ein. Wilson (149) beschreibt einen Fall von Abscess der Stirnhöhle mit Durchbruch durch die äussere und innere Wand und Abscess des Stirnlappens. Ferner bespricht Jocqs (351) die Augenaffectionen nach Stirnhöhlenempyem. Einen Fall von Fisteln der Stirnhöhle beschreibt Poisson (353), von vermuthlicher Pneumatocele der Stirnhöhle Meyjes (150), von Osteomen der Stirnhöhle Tauber (353), von Sarkom der Stirnhöhle Berger (15). Einen Fall von intracranieller Geschwulst, die ein Empyem an Stirnhöhle vortäuschte, theilt Prioux (353) mit; der Tumor hatte sich aus der Gegend des Siebbeins entwickelt, eine Stirnhöhle existirte nicht. Zur Behandlung und Operation des Stirnhöhlenempyems machen Mittheilungen Swain (352), Barth (150), Depage (150), von Zur Mühlen (150), Golowin (354), Etiévant (354).

Baumgarten (98) beobachtete bei einem 12jähr. Mädchen nach Scharlach ein Empyem der Siebbeinzellen mit Orbitalabscess und colossaler Auftreibung der mittleren Muschel. de la Personne (149) beobachtete bei Siebbein- und Keilbeinentzündungen zahlreiche Complicationen seitens der Orbita wie Retinitis, Neuritis optica, Irido-Choroiditis, Muskellähmungen. Onodi (148) beschreibt ein Präparat, dass sich durch die starke Entwickung und ungewöhnliche Lage der Ethmoidalzellen auszeichnet. Auvray (150) publicirt einen Fall von Endotheliom (Psammom) der Siebbeinzellen. Goris (150) behandelt die Operation des Empyems der Siebbeinzellen.

Kayser (97) giebt bei Erörterung von 3 Fällen von Keil- und Stirnhöhlenempyemen an, dass die Polypen bei Empyem röthlich aussehen, während sie sonst blass aussehen und wasserhaltig sind.

Joel (445) veröffentlicht einen Fall von linksseitigem häutigem Verschluss der Choane, der mit dem Galvanokauter zerstört wurde, desgleicher Kayser (445) einen Fall von einseitiger Atresie der Choane, bei dem die Operation abgelehnt wurde; Baumgarten (285) beschreibt einen Fall von knöchernem Verschluss der Choane. Jourdanet (398) betont, dass schmerzhafte Dysphagie, die länger als 3 Wochen dauert und im Rachen und Nasenrachenraum ihren Sitz hat, auf Syphilis schliessen lässt. Fougeray (59), Red. Not. (187) geben Verordnungen für chron. Nasenrachenraumentzündung. Sawyer (105) behandelt die Bedeutung des frühen Erkennens der Vergrösserung der Rachentonsille. Caw (107) spricht über adenoide Wucherungen im Rachen, Caz (107) theilt ambulatorische Beobachtungen über adenoide Wucherungen mit. Strandbygaard (107) wies bei 83 pCt. von 568, Stawell (105) bei 6 pCt. von 12600 untersuchten Kindern adenoide Wucherungen nach. Joël (103) behandelt die acuten Entzündungen der Rachenmandel. Jervey (402) betont die Wichtigkeit der Diagnose der adenoiden Vegetationen für den praktischen Arzt. Zur Feststellung der Diagnose der adenoiden Wucherungen empfielt Kantorowicz (400), da er die Digitaluntersuchung für unästhetisch und peinlich hält, durch den Mund einen Wattetampon in den Nasenrachenraum zu führen, der bei Vorhandensein der Wucherungen mit Blut bedeckt ist. Kittredge (401) behandelt die adenoiden Wucherungen und

ihre Complicationen bei Kindern. Ueber nasale Verstopfung, die adenoide Wucherungen vortäuschte, spricht Barbour (102). Die adenoiden Wucherungen erzeugen bei Erwachsenen nach Hellat (107) oft Symptome, die Aehnlichkeit mit denen der Neurasthenie haben, ferner locale Erscheinungen vom Ohr, der Nase, dem Pharynx und Larynx. Mayer (391) beschreibt starke Adenoide bei einem Erwachsenen ohne Symptome von Seiten der Ohren, obwohl beiderseits der Eingang der Tuba Eustachii verschlossen war. Thomas (187, 400) beobachtete, dass Strabismus nach Entfernung von Adenoiden verschwand. Baeth (102) behandelt die Beziehnungen zwischen Rachenmandel und Ohr. Nach Lucas (400) entstehen bei Adenoiden Otitiden durch fortscheitende Entzündungsvorgänge und durch mechanische Verstopfung; diese Otitiden können nach L. zu Taubstummheit führen. Hessler (109) operirte bei acuter Mittelohrentzündung die vergrösserte Rachenmandel, nachdem der Höhepunkt der allgemeinen und lokalen entzündlichen Erscheinungen vorüber war, aber noch im entzündlichen Stadium der Ohraffection, die dadurch günstig beeinflusst wird. Barrett (106) nimmt an, dass die Taubstummheit Folge der zu späten Operation der Adenoiden sein kann. Stawell (105), Hamilton (106) sind der Ansicht, dass Adenoide ätiologisch für Taubstummheit nicht verantwortlich zu machen sind. Sendziak (109) behandelte dagegen erfolgreich die Taubstummheit durch Entfernung der Adenoiden. Boulai (401) beschreibt einen Fall, in dem Kehlkopfspasmen durch Adenoide verursacht wurden. Zimmermann (103) fand bei 16 Kindern mit Pseudocroup 11 mal Adenoide, bei 6 Fällen verschwand derselbe dauernd nach Entfernung der Adenoiden. — Smith (104) publicirt einen Fall, in dem durch die Adenoiden spasmodische Contraction der ary-epiglottischen Falten und Kehlkopfstridor erzeugt wurden. Lepontre (401) behandelt das adenoide Asthma; die Anfälle sind reflectorischen Charakters, der Ausgangspunkt des Reflexvorgangs liegt in der Nasenverstopfung; Heilung nach Operation der Adenoiden. Francis (102) hat als seltenere Folge nach Adenoiden epileptiforme Krämpfe beobachtet; desgleichen veröffentlicht Hitchcock (509) einen Fall von Zusammenhang zwischen Adenoiden und Epilepsie. Nach Huchard (400) stehen Endocarditiden und Pericarditiden öfter mit Adenoiden in Relation. Zander (109) beschreibt einen Fall von starker Blutung bei Operation von Adenoiden, in einem anderen Falle hatte er ein Stück vom Vomer mit herausgenommen. Grönbech (401) beobachtete bei 235 Patienten mit Adenoiden 36 mal Enuresis nocturna; 24 davon wurden operirt, 17 geheilt. Bilhaut (104) fand, dass Adenoide oft Ursache der Scoliose oder des sanduhrförmigen Thorax sind. Nach Hertoghe (103) ist das Myxödem immer von Nasenrachenraumstörungen begleitet und sind die Adenoiden oft von Thyreoidarmuth begleitet. Gouguenheim (104) wendet sich gegen die von Gallois vorgenommene Verquickung von Scrophulose und Adenoiden: bei Scrophulose ist das Gesicht gedunsen, bei Adenoiden mager; die Lippen sind dünn, der Mund steht halboffen; bei Adenoiden bestehen selten Halsdrüsenschwellungen, oft Gehstörungen; bei Adenoiden bestehen keine Hauterscheinungen, bei Scrophulose oft Augenkrankheiten; Erfolg der Operation bei Adenoiden. Auf die Beziehungen zwischen Adenoiden und Tuberculose machen Dempel (103), Bilhaut (104) aufmerksam. Nach Lauffs (105) schwand in einem Falle Prolapsus ani nach Ope-

ration von Adenoiden. Lichtwitz (15) entfernte bei Operation von Adenoiden eine Exostose der Rachenwölbung. Zur Behandlung und Operation der Adenoiden machen Mittheilungen Seifert (109), Sendziak (108, 109), Cholewa (110), Jancquet (110), Delavan (402), Jousset (402), Kyle (108), Proben (108), Stawell (105). Hinkel (509) berichtet über einen plötzlichen Todesfall nach der unter Chloroformnarkose vorgenommenen Operation von Adenoiden. Bliss (509) bespricht das Recidiviren von Adenoiden nach ihrer operativen Entfernung.

Gallet (188) beschreibt 2 Fälle von Interthyromaxillaroperation von Retropharyngealtumoren. Fälle von Nasenrachentumoren beschreiben Lavisé (188), Marcelle (188), Depage (187), Dandois (187), Compaired (60), Kuhn (59), Chibret (399), Lacoarret (60), Moure (400), Brault (60), v. Leyden (395). Partsch (188) beschreibt eine neue Methode der Gaumenresection bei Geschwülsten der Nase und des Nasenrachenraums. Lavisé, Depage und Debaisieux (188) beschreiben Fälle von temporärer Resection des Oberkiefers nach Kocher zur Entfernung von Nasenrachentumoren. Lanwers (399) hat 11 mal die Präventivligatur der Carotis ext. behufs Resection des Kiefers bei Operation von Tumoren der Nase, des Nasenrachenraums ausgeführt.

Instrumente:

Fein (111), eine neue Nasenscheere; Amberg (111), Sojo (291), ein neues Nasenspeculum; Lack (393), eine neue Schlinge für Nasenoperationen; Breitung (393), sterile Tupfer für die Nase; Heermann (393), aseptische Galvanokauter; Thompson (110), eine Zange für adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum; Chappell (110), eine Zange und Curette zur Entfernung von adenoiden Wucherungen; Denker (110), eine Scheere zur Entfernung von Adenoiden; Sojo (291), einen Gaumenzäpfchenheber. J. Katzenstein.

C. Mundrachen.

Cohen Tervaert (175) beschreibt 2 Fälle von Pulsation des Pharynx in Folge von abnormem Verlauf der Arteria pharyngea ascendens.

W. Einthoven (114) untersucht die Bewegungen des Pharynx.

Koplik (405) beobachtete 1—5 Tage vor Ausbruch von Masern kleine, unregelmässige, hellrothe Flecke an der Innenfläche der Lippen und Wangen, in deren Centrum sich eine bläulich-weisse, kleine Stelle findet. Bei der Eruption sind diese Flecke auf der Höhe ihrer Entwickelung, um dann abzublassen.

Von den Fremdkörpern des Pharynx und ihrer Entfernung handeln die Publicationen von Baurowicz (3), St. Clair Thomsen (205) und Taulbee (485).

Semon (206) veröffentlicht einen Fall von Pharyngolaryngitis sicca bei einseitiger Rhinitis atroph. — Wingrave (209) beschreibt eine beiderseitige symmetrische Verdickung, die hinter den hinteren Gaumenbögen bei einem 26 jährigen Mann beginnend nach der Mittellinie des Velum palatin. zieht. Spicer, Grant, Hill, Law und St. Clair Thomson stellen über die Aetiologie dieses Befundes in der Discussion verschiedene Ansichten auf. — Casuistische Mit-

theilungen über Retropharyngealabscesse sind von Hofmokl (4), Mayer (391), Kayser (97) (2 Fälle nach Influenza) und Djagilow (364) (nach Entzündung der Rachentonsille) gemacht.

H. v. Schrötter (99) theilt einen Fall von centraler, halbseitiger, motorischer und sensibler Lähmung des Pharynx und Larynx mit. Tilly (432) bespricht die Lähmungen des Pharynx, Velum und Larynx bei Syringomyelie. — Lambert Lock (138) sah clonischen Krampf der hinteren Pharynxwand bei einem 19jährigen Mädchen. — Hope (510) beobachtete Husten, Erbrechen, Aura vor Kehlkopfschwindel als Reflexe von der Uvula. Dana (510) weist auf die Herabsetzung des Uvularreflxes als frühes Zeichen nervöser Degeneration hin. Garel (364) kommt zu dem Schluss, dass ein Kranker, der länger als 3 Wochen ohne Unterbrechung an Schluckschmerzen leidet, fast in jedem Fall als syphilitisch angesehen werden darf (!). van der Horst (114) bemerkt, dass eine hartnäckige, schmerzhafte Pharyngitis als erstes Symptom von secundärer Syphilis beobachtet wird. — Plaques muqueuses auf der hinteren Pharynxwand sah Bergeat (114). — Die Wichtigkeit der Untersuchung des Nasenrachens bei syphilisverdächtigen Fällen betont Moreman (408), während Somers (408) der bacteriologischen Untersuchung die grösste Bedeutung für die Differentialdiagnose Syphilis und Diphtherie zuschreibt. Willcocks (205) und Walsham (205) beschreiben Fälle von Verwachsung des Velum mit der hinteren Pharynxwand. — de Santi (207) die operative Behandlung eines solchen.

Bei der Pharyngomycosis sah Law (319) die Krypten von verhorntem Epithel erfüllt, Potter (326) Leptothrixfäden und Epithelzellen. Toeplitz (114) bearbeitet dieselbe Erkrankung. Nach Law ist die Therapie wirkungslos, während Tilley, Grant, Hill (319) das Salicyl local als wirksam empfehlen.

Von Tumoren des Pharynx erwähnt Stooss (114) eine behaarte, aus dem Nasenrachen in den Mundrachen herabhängende Geschwulst bei einem $^1/_2$jährigen Kind; Oppenheimer (364) ein angeborenes Angioma simplex der linken Gesichts- und Halsseite, der linken Velumhälfte, der linken Gaumenbögen, Tonsille, Plica pharyngoepiglottica und Epiglottis. — Kayser (97) theilt zwei Fälle von Carcinoma pharyngis, Dépage (155) einen operativ behandelten Fall mit.

Das Velum palatinum wird nach Louis Rousseau (235) nicht vom Facialis, sondern vom Vago-accessorius innervirt. — Gutzmann (265, 388, 511) studirt die normale Bewegung des Velum. — Potter (326) beschreibt eine Velumparese, combinirt mit einer Paresis postici dextri, deren Ursache Grant in den Accessorius und Hypoglossuskern verlegt. Tilley (432) sah eine Lähmung des Velum, Pharynx und Larynx bei Syringomyelie bei intacten Halsmuskeln. — Grant (319) beobachtete bei Velumparese und gleichzeitiger Rhinitis hyperplastica sigmatische Dyslalie. — Avellis (23) veröffentlicht einen Fall von clonischen Gaumenmuskelkrämpfen mit objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch, bei dem die Durchschneidung des Tensor veli gänzlich wirkungslos blieb. — Bernhardt (23) sah rhythmische Gaumensegelcontractionen. — Tumoren des Velum beschreiben Bullard (236) ein Adenom, Dubose (235) Dermoide, die Ausgangspunkt eines Epithelioms werden können (Verneuil'sche Einschlusstheorie),

Bond (428) ein Lipom, Waggett (433) einen Naevus varicosus des linken hinteren Gaumenbogens. Schellong (236) unterscheidet Papillome und Polypen einerseits, Sarcome andererseits, meist bei Männern. — Lawrence (324), Browne (329) und Greffin (446) veröffentlichten Fälle von gutartigen Neubildungen der Uvula. — Mittheilungen über maligne Tumoren machen Doubre (23) in einer Besprechung der Berger'schen Arbeit (cf. Centrallblatt 1897), Baurowicz (3), Gevaert (113), Downie (141, 416), Browne (446), Zwillinger (476) über Epithelioma veli palatini; Grovik (50) über ein Sarcom, Gevaert (113) über ein Adenosarcom und Gratia (113) über ein endotheliales Angiosarcom.

Tuberculöse Ulcerationen des Velum publicirt Parker (430), Barbier (512) und Smith (512). — 3 Fälle von Ulcerationen des Velum bei Stomatitis mercurialis sah Levin (511).

Vidal (236) bespricht gelegentlich der Beobachtung von 4 Fällen angeborener Gaumenspalte in einer Familie die Theorien ihrer Entstehung, er neigt der von Grohé ausgesprochenen Ansicht zu, dass durch Hypertrophie der Schädelbasis besonders des Vomer das Os incisivum nach vorne gedrängt und dadurch die Vereinigung beider Gaumenhälften verhindert werden. Er zieht die Uranoplastik der Staphylorrhaphie und wiederholten Aetzungen vor. — Fein (511) sieht in adenoiden Vegetationen die Ursache der Gaumenspalte, Tändler (511) wiederspricht dieser Ansicht, weil zwischen dem Verschluss der Gaumenplatte und der ersten Entwicklung der Rachentonsille wenigstens 3 Monate liegen. Agar (429) beschreibt einen Fall von linksseitiger Gaumenspalte mit deformirtem Vomer. — Henke (153, 510) bespricht die Anomalien der Uvula, Dworetzky (446) theilt 2 Fälle von Uvula bifida mit. — Die Technik der Uranoplastik und Staphylorrhapie behandeln Goris (113), Chiari (361), Flatau (389) und Vincent (511). E. Owen (23) empfiehlt die Vornahme der Operation am weichen Gaumen früh, am harten frühesten mit 2 Jahren, am hängenden Kopf in Narkose, Haderup (23) empfiehlt nach der Operation Sprachgymnastik und Massage des Velum und des Wulstes.

Siebenmann (266) unterzieht das Verhalten der Nasenhöhle und des Gaumens bei verschiedenen Formen des Gesichtsschädels einer Untersuchung. — Grosheintz (361) bezieht die Hypsistaphylie in der Regel auf Raceneigenthümlichkeiten, nicht auf Nasenstenose, während Mayo Collier (328) die Abhängigkeit der Kiefer- und Gaumendeformität von Nasenverstopfung hervorhebt.

Baumgarten (112, 213) veröffentlicht eine Beobachtung von einem Ulcus des harten Gaumens unbekannter Natur. — Tuberculose des harten Gaumens resp. des Oberkiefers erwähnt Avellis (189) als Ursache von Kieferhöhlenempyem bei Kindern und Ducastel (235). — Syphilis des harten Gaumens sahen Barnhill (512), Dufour (113) und Danlos (235) letzterer bereits 10 Monate nach der Infection. — Lichtwitz (189) beobachtete eine acute, traumatische Osteomyelitis des Oberkiefers.

Preindlsberger (509) beschreibt ein Fibroma maxillae super., welches den geschlossenen Mund und die Nasenöffnungen verdeckte, Brault (112) ein primäres Epitheliom des harten Gaumens bei Leukoplacie in Folge alter Syphilis.

— Nach einer Beobachtung Schultze's (18) entwickelte sich ein Osteom des Oberkiefers um einen in abnormer Richtung entwickelten Zahn.

Eine myogene Kieferklemme durch schwielige Degeneration und partielle Verknöcherung beider Temporales (multiple Exostosen Virchow's) beschreibt von Friedländer (18). — Fenwick (393) operirte einen pulsirend, prall elastischen, aus varicösen Venen bestehenden Tumor unter dem linken Unterkiefer, der mehrere Jahre nach einen Fall auf das Kinn entstanden war. — Stetter (98) sah eine hühnereigrosse Unterkiefercyste im Bereiche der linken fehlenden Molares. — Die Aschenanalyse eines Knochens bei Phosphornekrose spricht nach Offer (509) dafür, dass die Nekrose nicht auf die directe Einwirkung der Phosphordämpfe auf das Knochengewebe zu beziehen ist, sondern auf eine durch den starken chemischen Reiz hervorgerufene, proliferirende später ossificirende Periostitis. — Lavisé (189) liess eine tadellos functionirende Vulcanilprothese nach Resection des Unterkiefers anfertigen.

Cadwallader (19) sah einen überzähligen Zahn genau in der Mittellinie des Gaumens in der Querverbindung der beiden ersten Molares. — Deutz (510) hält die Atrophie der mittleren Tuberkel der oberen Incisivi im Gegensatz zu Hutchinson nicht für charakteristisch für Syphilis hereditaria, sondern für einen Anfang der Reduction der ventralen Schneidezähne. — Nach Dieck (19) reizt die Dentikelbildung in der Pulpa der Molares den Trigeminus. — Während Fournier und Maurice (451) eine Schwärzung der Zähne bei längerem Sulimatgebrauch constatiren konnten, verneinen Galippe und Tenneson diese Beobachtung. — Die Krankheiten des Zahnfleisches behandelt Sobel (402) in einer Arbeit. — Lenzmann (3) sah eine primäre Tuberculose in der Zahnfleischwunde nach einer Zahnextraction entstehen.

In der bereits erwähnten Arbeit bespricht Sobel (402) auch die Krankheiten der Lippen. Elephantiasis der Lippen sah Winkler (213) bei einem starken Raucher mit Leucoplacia oris et linguae, bei dem Lues nicht nachweisbar war. — Einen Primäraffect der Lippen beobachtete Fournier (17), Lippensyphilis Albertin (17) und van Engelen (358). — Hanry (17) veröffentlicht eine Geschwulst der Lippen von dunkler Natur, Wildersinn (358) eine Teleangiectasia lymphatica der Unterlippe. — Albertin (17) heilte ein recidivirendes Carcinom der Unterlippe und des Kiefers operativ mit vollkommenem ästhetischem und functionellem Resultat, Jeanbrau (358) durch Pinselung mit alkoholischer Acid.-arsenicosum-Lösung. — Lawrence (208) sah eine maligne, warzige Geschwulst der Unterlippe.

Die Innervation der Schleimhaut der Mundhöhle besorgt nach Schlesinger (404) wahrscheinlich der distale Abschnitt der spinalen Trigeminuswurzel. — Alexander (93) stellte in der Berliner laryngologischen Gesellschaft einen Patienten mit Verätzung der Mundhöhle durch Noortwyk'sche Tropfen vor. — Haga (3) giebt eine Zusammenstellung über die kriegschirurgischen Erfahrungen aus dem chinesisch-japanischen Kriege. Unter 1105 Verwundeten waren 74 Gesichts- und Halsschüsse. — Nach einem Conamen suicidii heilte A. Weber (3) durch Naht und Tamponade eine Schussverletzung, deren Einschuss zwischen Larynx und Kinn lag. Den Mundboden, die Zunge, das Mittelstück des Unter-

kiefers, die Oberlippe, die knöcherne und knorpelige Nase und ihre Weichtheile verletzend war das Projectil zwischen Nase und Stirn wieder herausgetreten.

Zeiken Takenaka (20) beschreibt eine Stomatitis gravidarum im 6., 7. und 8. Schwangerschaftsmonat, die er für wahrscheinlich reflectorisch hält. — Martin (152) sah eine Stomatitis 2 Tage nach Antipyringebrauch (Pemphigus) auftreten. — Albert (152) beobachtete bei Cavallerie im Sommer 3 Epidemien von einer dem Herpes nahestehenden, gutartigen, mit Erosionen der Lippen, des Gaumens und der Zungenspitze einhergehenden, in 10 Tagen abheilenden Stomatitis. Bacteriologisch fand er Staphylococcen und kleine Bacillen. — Schumacher (405) beschreibt das Aussehen der Ulcera bei Stomatitis mercurialis als flach, ausgedehnt, grau mit rothem Hof, sehr empfindlich und weist auf den Fötor hin. — Klotz (404) sah 2 Fälle foudroyanter Stomatitis mercurialis bei Angina resp. Peritonsillitis. — Mongour (292) weist nach, dass die von Sevestre und Gaston beschriebene, durch Staphylococcus aureus verursachte, diphtheroide Stomatitis mit der alten ulcerös-membranösen Stomatitis identisch ist. — Calvé und Rappin (404) fanden bei Stomatitis ulcerosa Spirochaeta denticola und Spirillum Obermeieri; ob dieselben pathogen, bleibt zweifelhaft. — Bernheim (19) fand bei Stomatitis ulcerosa einen bestimmt charakterisirten Bacillus und Spirochaeten, deren Cultur nicht gelang. — Von Löffler und Frosch (19) redigirt liegt der Bericht der Commission bei dem Institut für Infectionskrankheiten zur Erforschung der Maul- und Klauenseuche vor. — Die Behandlung der Stomatitis mercurialis bespricht Lanz (404). — Kissel (404) wendet bei Stomatitis ulcerosa Jodoform eventl. den scharfen Löffel an. Smithson (405) heilte eine Stomatitis phlegmonosa bei septischer Pneumonie mit Streptokokkenserum.

Waldin (112) unterscheidet 3 Formen von Herpes der Mundhöhle: a) Angina herpetica, b) Zoster bucco-pharyngeus, c) chronisch recidivirend.

Einen Primäraffect sah Matzenauer (19) in der Mitte zwischen Wangenschleimhaut und Angulus mandibulae.

Schütz (153) beschreibt 3 Fälle von Leukoplakia oris bei Psoriasis. — Schultze (293, 405) ist der Ansicht, dass die Melanoplakia keine übermässig seltene Krankheit ist und hält dieselbe nicht für charakteristisch für den Morbus Addisonii.

H. Lenzmann (171) sah ein Ulcus tuberculosum des Zahnfleisches im Anschluss an Zahnextraction entstehen, nach 3 Monaten Spitzenaffection, 3 Monat später Exitus. Aus der Unwirksamkeit der Milchsäure im Munde schliesst er auf ihre Unwirksamkeit im Larynx. Blumenfeld (121) widerspricht dieser Ansicht. — Erdheim (403) heilte ein Ulcus tuberculosum der Wange durch subcutane Anwendung von Extr. Teucri Mosetig.

Fälle von Xerostomie veröffentlichen Lartegan (292) und Ward (293).

Klapp (20) unterscheidet die Dermoide des Mundbodens in epidermoide (Cysten mit Cutisstructur) und eigentliche Dermoide, bei denen auch die Anhangsgebilde der Haut sich in der Cystenwand finden. Kleine machen keine Beschwerden, grosse behindern Sprache, Kauen und Athmen. Bei den gelblichen Dermoiden bleibt Fingerdruck zurück. Ranula hat lateralwärts keine genaue Begrenzung. Dermoide liegen entweder innen oder aussen von der Mundbodenmuscu-

latur und sind meist nur mit dem Zungenbein fester adhärent. — Rasch (293) theilt 2 Fälle von Warzen der Mundhöhle mit, in einem derselben bei einem 16jährigen Mädchen waren dieselben nach Aufsaugung von Blut einer Fingerwarze entstanden. — Ein nussgrosses Adenofibrom der Wange, wahrscheinlich von den Speicheldrüsen ausgehend, veröffentlicht Hugo (358). — William Moore (357) behandelte ein Cancrum oris mit Tagliacozzi'scher Transplantation. Einen Fall von Noma veröffentlicht Klautsch (510), von Carcinom des Mundbodens Depage (293).

Bei Versuchen über den elektrischen Geschmack fanden Hofmann und Bunzel (16) bei einsteigendem Strom (Anode auf Zungenspitze) metallisch sauren AnS-Geschmack. Ka auf Zunge bitterer KaS-Geschmack. KaOe-Geschmack rasch vorübergehend säuerlich. Die elektrische Geschmacksempfindung ist auf dem Zungengrund reiner. Auf den hinteren Zungenpartien constatirten sie eine süssliche Componente beim KaOe-Geschmack. Die Zungenränder verhalten sich wie die Spitze. Bei der Cocainisirung tritt ein Stadium ein, in dem KaOe-Geschmack, aber kein KaS-Geschmack vorhanden ist. Wahrscheinlich ist die Geschmacksempfindung durch directen Nervenreiz und durch elektrolytische Producte bedingt. Zeynek (291) nimmt nur die letztere Ursache für die elektrische Geschmacksempfindung an. —

Küttner (297) untersuchte die Lymphgefässe und Lymphdrüsen der Zunge mit Beziehung auf die Verbreitung des Zungenkrebses. — Von Missbildungen der Zunge beschreibt Hönigschmied (22) 2 vollkommen ausgebildete Zungen (die accessorische hing von der hinteren Pharynxwand in den Pharynx herab) und Helsham (23) eine Zungenspalte bei $8^1/_2$ Monat altem Kinde bei vollständigem Defect des Velum. — Brault (21) heilte Makroglossie und Lymphectasien am Halse und Gesicht mit zapfenförmiger Amputation und Punction der Lymphangiome. — Goodale (447) unterscheidet 4 Formen der Zungen- und Mund-Entzündung: a) acute parenchymatöse, durch Streptococcen bedingt, b) eitrige Entzündungen, c) parenchymatöse durch Diphtheriebacillen, d) angioneurotische. Acutes circumscriptes Oedem sah er an Lippen, Mund und Zunge auftreten. — E. Adams (154) beobachtete eine Glossitis membranacea mit Staphylococcenbefund bei einer Nephritica, Baudouin (294) eine ganz stationäre Glossitis exfoliativa. — Nach Stetter (98) ist die Verhornung der Papillae circumvallatae und der Zungentonsille häufig. — Coffinas (447) bespricht das Aussehen der Zunge bei wichtigen Krankheiten. — Die Länge und Dicke der Papillae filiformes und die Auflagerung der Hornschicht bedingt nach Fuchs (293) den Zungenbelag. Beide Factoren werden durch mangelhafte oder fehlende Reinigung der Zunge durch Speisen und Bewegungen unterstützt. — Die schwarze Haarzunge wird von Vollmer (21, 448) nicht als parasitäre Krankheit aufgefasst, sondern als Hyperkeratose mit abnorm festem Zusammenhang der verhornenden Stachelzellen in Folge von Reizung der Zungenschleimhaut. — Einen circumscripten schwarzen Fleck auf der Zunge beschreibt Potter (328). — Du Castel (449) erörtert die Differentialdiagnose der Leucoplacie gegen Lingua geographica, Herpes, Syphilis und Lichen planus. Als Behandlung empfiehlt er Vermeidung der Reize, Mundpflege und Adstringentien, event. eine chirurgische Behandlung der Fissuren und

Ulcera. — Petit (294) sah Psoriasis linguae nur bei Gichtikern, er legt den Hauptwerth auf die Allgemeinbehandlung. — Rauschoff (440) empfiehlt die Decortication der Zunge bei Psoriasis linguae. — Goodale und Herves (448) beschreiben einen Fall von Urticaria der Zunge bei einem an Verdauungsstörungen in Folge Fehlens der Salzsäure und Herabsetzung des Pepsingehaltes des Magensaftes leidenden Mann, welche nach Behandlung des Magens heilte. — Sebillan (20) unterscheidet zwischen flach aufliegenden (traumatischen, syphilitischen, tuberculösen und Raucher) und hervorragenden (tertiär syphilitisch, Epitheliom, tiefliegende Tuberculose) Ulcerationen der Zunge. — Duplay (296, 447) und Berger (295) erörtern die Differentialdiagnose zwiscken einfachen oder dentalen (traumatischen), syphilitischen, tuberculösen und carcinomatösen Geschwüren, Fournier (448) die Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Carcinom. Koch (343) berichtet über Ulcerationen der Zunge bei Epilepsie. — Tuttle (294) sah Knötchen und Ulcera der Zunge, die zuerst für Syphilis, dann für Actinomycose gehalten wurden und sich mikroskopisch als entzündlich hypertrophisches Gewebe mit zahlreichen langen und dicken Leptothrixfäden erwiesen. — Pini (295) stellte histologische Untersuchungen über Zungensyphilis an. — Irsai (50) und Gottheil (449) theilen Fälle von Gummi der Zunge mit. — Cysten der Zunge, die mit dem Foramen coecum communiciren, sind von Furnivall (154) und J. Killian (155) veröffentlicht. Ein Fibrom beschreibt Agar (139), ein Keloid nach Verbrennung bei 3monatlichem Kind Gevaert (154). Lennhoff (21) publicirt ein venöses Angiocarcinom, einen Fall von Angiom der Zungenunterfläche, das spontan heilte, Molènes (449); multiple, ca. 24 stecknadelknopf- bis linsengrosse, zeitweise Blutungen verursachende Angiome Morelli (476); je einen Fall von Lymphangiom Balzer und Gauthéry (450) und Richardson (450). — Blanc (450) exstirpirte ein 4 Jahr bestehendes Papillom bei einem 55jährigen Mann, das das typische Bild eines Papilloms darbot, nur im Stiel fand sich eine Proliferation epithelialer Zellen, so dass die Umbildung einer gutartigen in eine bösartige Geschwulst in diesem Falle wahrscheinlich ist. — Marion (296) beobachtete Sarcome der Zunge meist bei jugendlichen Individuen als gestielte oder interstitielle Tumoren. Ihre Consistenz ist wechselnd, sie ulceriren früh, entwickeln sich rapide und führen, falls nicht eingegriffen wird, zum Exitus.— Targett (154)*sah 11 Sarcome der Zunge, Littlewood (154) ein Rundzellensarcom der Zungenmitte nach Verbrühung bei einem 17jährigen Mann. — Fälle von Carcinoma linguae veröffentlichen Weil (22), Spencer (141, 203) und Habart (297), letzterer auf syphilitischer Basis bei einem Tabiker. Ein sehr interessantes Präparat zeigen Fournier und Gaston (451), in dem in der Peripherie gummöse, im Centrum epitheliomatöse Veränderungen waren. Morel-Lavallée (450) sah neben einem Epitheliom entzündliche Schwellung, die auf Sublimat- und Calomelinjection nachliess, auch Gaston (450) nimmt neben dem Epitheliom interstitielle Glossitis an, die er mit Sublimatspülungen behandelt. — Butlin (155) empfiehlt bei der Operation von Zungencarcinomen immer die Lymphdrüsen aus dem vorderen Halsdreieck mit zu entfernen. Unter 102 Operirten hat er 20 seit länger als 3 Jahren recidivfrei, 11 seit kürzerer Zeit. — Für die Pharyngotomia transhyoidea zur Zungenexstirpation treten Vallas (22) und Viannay (291) ein, für

die Pharyngotomia subhyoidea Spencer (141), während Semon (142) und Butlin (142) ihre nach dieser Methode operirten Fälle von Kehlkopfkrebs letal enden sahen. — Lavisé (155) exstirpirt nach der Methode von Withehead; Warren (451) vom Mundwinkel aus nach Verabreichung von 0,0006 Atropin zwecks Austrocknung, Baumgarten (22) von der Regio submaxillaris. Serrano (297) empfiehlt die partielle Zungenexstirpation, während Mas (297) immer die Totalexstirpation als die erheblich sicherere Methode bevorzugt. Gaston (450) behandelt Zungencarcinom local mit Acid. arsenicosum.

Somers (21) bespricht die fibröse Hypertrophie der Zungentonsille, Didsbury (156) und Robinson (451, 535) diese Erkrankung als Ursache von Reizhusten. — Die Entfernung der hyperplastischen Zungentonsille ist nach Winkler (21) mit Ringmesser oder gebogener Scheere nothwendig bei häufigen Katarrhen derselben, und wenn die Bewegungen der Epiglottis durch die Hyperplasie behindert sind. In den Arbeiten von Sendziak (63), Bayer (294), Katz (294), Caz (361) und Lublinski (407) wird die Angina und Peritonsillitis der Zungentonsille der Betrachtung unterzogen, zum Theil unter Berücksichtigung einschlägiger Beobachtungen. — Ein syphilitisches Erythem der Zungentonsille ist nach Seifert (451) selten, während Papeln bei fast allen Fällen von Papeln im Rachen vorhanden sind. Gummöse Infiltrate der Zungentonsille erinnern an Hypertrophie, die glatte Atrophie des Zungengrundes ist nach S. nicht pathognostisch für Syphilis. — Eine Schilddrüse an der Zungenbasis beobachteten Hansemann (390) und Reintjes (174, 452). Im letzteren Falle trat nach der Exstirpation Myxoedem auf. — Zarniko (296) beschreibt ein Lymphosarkom der Zungentonsille mit Uebergreifen auf die Gaumenmandel, das zuerst als einfache Hyperplasie imponirte. — Kronenburg (172) beschreibt einen Fall von Erstickungsanfällen im Schlaf durch Verschlucken der Zunge.

J. Killian (60) veröffentlicht entwickelungsgeschichtliche, anatomische und klinische Untersuchungen über die Mandelbucht und die Gaumenmandeln. — Paterson (139) leitet die Fossa supratonsillaris von der 2 Kiemenspalte ab. Ihre Ausdehnung und Lage ist von der Entwickelung des adenoiden Gewebes abhängig. Sie ist, wie auch Spicer, Hill und Thomson (139) anerkennen, von grösster pathologischer und chirurgischer Bedeutung. — Walsham (190) führt die Epithelperlen in den Tonsillen entweder auf abgeschupptes, in den Krypten retinirtes Epithel oder auf fötale Inclusion zurück. Die knorpeligen und knöchernen Knötchen in den Tonsillen hält derselbe Autor (61, 359) ebenso wie Wingrave (61, 137) für vom 2 Kiemenbogen ausgehende fötale Bildungen. — Dicke Schnitte durch hypertrophische Tonsillen zu Lehrzwecken demonstrirt in der Londoner laryngologischen Gesellschaft Wingrave (430).

Aus dem Umstand, dass auf die Tonsillen aufgeblasene Pulver sehr schnell aufgenommen werden, schliesst Hendelsohn (61), dass die Tonsillen eher Infectionsstellen als Schutzorgane für den Organismus darstellen. Pinder (190) ist auch der Ansicht, dass die Tonsillen eine Bildungsstätte für Leukocyten sind, aber doch nur eine minimale Schutzwirkung ausüben. Jessen (359) und Karageosjanetz (359) vertreten dieselbe Anschauung. — Masini (190) injicirte 0,4—0,6 g Mandelextract vom Hund pro Kilo Meerschweinchen. Er fand zunächst

eine Steigerung des arteriellen Blutdruckes wie beim Nebennierenextract. Nach kurzer Zeit sinkt der Druck unter die Norm. Die Aktion des linken Ventrikels wird zuerst beschleunigt, dann verlangsamt. Das Extract erkrankter Tonsillen blieb unwirksam. Er schliesst daraus, dass die Tonsillen ein internes Secret liefern, das den Arteriendruck steigert.

Eine klinische Besprechung aller Erkrankungen des lymphoiden Gewebes des des Halses veröffentlicht Lavrand (111). — Chauchard (62) beobachtete die encystirte, lacunäre Angina besonders bei jugendlichen Individuen im Frühling. Unter leichten Schluckbeschwerden entsteht bei geringen Allgemeinerscheinungen ein getreidekorn- bis kirschkerngrosser Tumor, aus dem ein Ulcus entsteht, das mit einem Gummi verwechselt werden kann, die Ränder des Ulcus sind regelmässig, eine Tendenz zum Fortschreiten besteht nicht, die Prognose ist gut. — Buys (190) spricht die Nasenverstopfung als Ursache für viele Anginen an. — Le Clerc (233, 408) sah eine typische Angina als Einleitung eines Gichtanfalles. — Chappell (280) lenkt die Aufmerksamkeit auf Ausschläge über Brust und Rücken bei Angina, die Scarlatina vortäuschen können, aber höchstens 24 Stunden bestehen und sich nicht ausdehnen. — Als Folgekrankheit nach Angina beschreiben Troisier und Decloux (112) eine Phlebitis (Streptococcenangina), Zilgien (62) wochenlang bestehende Angina pectoris, die er als toxische Neuralgie des Plexus cardiacus auffasst. — Bei bacteriologischer Untersuchung der Tonsillen fanden Bezançon und Griffon (61) constant Pneumococcen. Sie benutzten als electiven Nährboden für Pneumococcen das Serum junger Kaninchen. Vedel (360) fand bei 3 erythematösen und 2 pseudomembranösen Anginen den Pneumococcus. — Nach Nicolle und Hébert (232) verursacht der Friedländer'sche Bacillus eine chronische und eine besonders charakterisirte acute Form der Angina. — In 1 Fall von Angina ulcerosa fand Raczynski (111) den Bernheim-Pospiszil'schen Bacillus, bei einer Angina membranosa Russel Thompson (111) neben Kettencoccen, lange, kurze und dicke Bacillen. Meunier und Bertherand (233) wiesen bei diphtheroider Angina einen leptothrixartigen Organismus, Vincent (234, 406) 10—12 μ lange, spindelförmige Bacillen, deren Cultur bisher nicht glückte, Sacquépic (406) endlich spindelförmige Bacillen, Spirillen, Staphylo- und Pneumococcen nach. Lartigan (406) bezeichnet als Tetragenus-Angina diejenigen Fälle, in denen Tetragenus prävalirt und bestimmte Virulenz besitzt, er beobachtete 3 derartige Fälle. — Nach Billings (406) ist der Scarlatina-Streptococcus nicht diagnostisch verwerthbar.

Als sehr seltene, von Diphtherie verschiedene Krankheit bezeichnet Richardière (363) die primäre Gangrän des Rachens. Dieselbe tritt nach einem Trauma oder im Verlaufe oder nach einer acuten Infectionskrankheit diffus oder local auf. Symptome: Fötor, Dysphagie, nasaler Ausfluss, Abgeschlagenheit, Blässe, Anorexie, Verdauungsstörungen. Bacteriologisch: Leptothrix, Staphylo-, Strepto-, Pneumococcen, Tetragenus, Diplococcen in Ketten, kein specifischer Erreger. — Therapeutische Rathschläge für Angina geben Carrière (190), Redact. Notiz (191), Fabricius (191) Marphan (406).

Mit den Tonsillarabscessen und der Peritonsillitis beschäftigen sich die Arbeiten von Sendziak (2, 63), Sargnow (359) (chronische encystirte Abscesse

der Mandel, er unterscheidet fistulöse mit oder ohne Tumor und cystische, tonsilläre und peritonsilläre) Treitel (360) — chronische Tonsillarabscesse als Ursache kryptogener Pyämie — Baurowicz (3) — Betheiligung der rechten Kehlkopfhälfte — Baldwin (63). — Somers (114) erwähnt Zusammenhang zwischen Peritonsillitis und Gelenkrheumatismus, Stucky (191) mit harnsaurer Diathese. — Finder (62, 95) weist mikroskopisch nach, dass die follikularen Abscesse oder käsigen Herde durch Retention ihres Inhalts erweiterte Lacunen sind. — Moure (63) empfiehlt die galvanokaustische Eröffnung der Mandelabscesse, Stucky (191) die Eröffnung der Peritonsillitis mit dem Spier'schen Ohrlöffel.

Die primäre Tuberculose der Tonsillen ist nach Oppenheimer (63) nicht übermässig selten. Tuberkelbacillen sind häufig auf den Tonsillen ohne Zeichen allgemeiner oder localer Tuberculose nachgewiesen. Die Infection kann primär durch unsaubere Instrumente, Luft und Nahrung stattfinden. Die Verkäsung in den Tonsillen ist selten. Die Tonsillen können dabei normal erscheinen, sind aber meist hyperplastisch. — Walsham (64) fand unter 34 Mandeln Tuberculöser 20 tuberculös erkrankte, während intra vitam nur 2 nachgewiesen waren.

Perrogon (192) sah einen Primäraffect der Tonsille. Andry und Iversène (63) und Bryson Delavan (192) theilen Fälle von Gummigeschwülsten der Mandeln mit. Finder (62, 95) weist nach, dass die Stellen, die klinisch als Condylomata lata erscheinen, subepitheliale Infiltration und sehr erhebliche Epithelverdickung zeigen.

Fälle von Papillomen der Tonsillen veröffentlichen: Paterson (139), Reintjes (174), Sharman (319), de Santi (434); von Fibroadenoma pendulum Finder (62, 95); von Fibrolipom Avellis (64); von nussgrossem Tumor der linken Tonsille und des Arcus palato-pharyngeus H. v. Schrötter (360); von Angiom Hartmann (192). Buys und Labarre (472) zeigen ein Präparat und Schnitte von gutartigem Papillom der Mandel mit cystischer Degeneration. Lawrence (208) beobachtete eine Hypertrophie der Tonsille mit Drüsenschwellung $^1/_2$ Jahr nach der Tonsillotomie. Butlin und Semon (208) glauben an eine Mischform von Lues und Tuberculose in diesem Fall, Spencer empfiehlt die Untersuchung auf Löffler'sche Bacillen.

Wingrave (167) sah ein Epitheliom der Tonsille bei Syphilis. Dundas Grant (169) veröffentlicht einen Fall von malignem Tonsillartumor. Milligan (167) sah einen klinisch malignen Tumor auf Pyoktaninjectionen zurückgehen. — Fränkel (64) bespricht die Technik der Operation des Mandelkrebses, Phocas (64) die verschiedenen Methoden der Tonsillarexstirpation. — Gleitsmann (86) empfiehlt die Schlitzung der Tonsillen bei chronischer Tonsillitis.

Instrumente.

Gleitsmann (86) Haken zum Schlitzen der Tonsille. Tonsillotom.
Lack (140) Schlinge für Nase und Hals.
Möller (512) Gaumenhaken.

E. Meyer.

D. Diphtherie und Croup.

Barbier (299) bringt eine eingehende Betrachtung über die Art der Diphtherie-Infection. Sie ist nach seiner Meinung nicht auf den Hals beschränkt, sondern verbreitet sich über die ganze Respirationsschleimhaut, über die Eingeweide und die nervösen Centralorgane. Deshalb muss man jedem auf die Allgemeininfection hinweisenden Symptom besondere Aufmerksamkeit schenken. Schwäche und Frequenz des Pulses, Blässe, Erbrechen, Nierenaffectionen müssen, da das Heilserum ja nur zur Bekämpfung des Diphtheriegiftes dient, in geeigneter Weise behandelt werden. — Ueber den bacillären Befund bei Diphtheriekindern in der Reconvalescenz berichtet Grigorjew (26). Seine Untersuchungen beziehen sich auf 46 Kinder; bei 15 wurde der Rachenschleim allein, 31 mal auch der Nasenschleim untersucht. In 36 Fällen schwanden die Bacillen am Ende der 1. Woche, in 5 Fällen im Verlauf der zweiten und in 5 Fällen im Verlauf der dritten Woche. — Welitschkina (156) fand, dass die Klebs-Löffler'schen Bacillen in Bezug auf ihre Länge und Dicke sehr verschieden sind und zwar sollen nach seiner Meinung die verschiedenen Nährböden einen bestimmten Einfluss auf diese Verhältnisse ausüben. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die lange Varietät ist viel virulenter als die kurze; 2) wiederholte regelmässige 1—2 tägliche Ueberimpfung auf versschiedene Nährkörper vermindert die Virulenz; 3) dicke Bacillen scheinen etwas weniger virulent zu sein als dünnere; 4) es besteht kein Parallelismus zwischen Virulenz der Bacillen und Häutchenbildung auf den Culturen oder dem Aussehen dieser letzteren. — Stoos (156) glaubt auf Grund seiner bacteriologischen Untersuchungen, dass bei katarrhalischen Rhinitiden der Kinder zwei Arten von Diphtheriebacillen vorkommen: 1) in der Mehrzahl der Fälle ein Pseudodiphtheriebacillus, 2) kurze Löffler'sche Bacillen, theilweise mit abgeschwächter Virulenz. — Bésançon und Labbé (192) fanden, dass die Einimpfung des Bacillus auf die Lymphdrüsen eine andere Wirkung hervorbringt, als die Einverleibung der Toxine. Im ersteren Falle herrscht die entzündliche Reaction vor, im letzteren die Nekrose. Ist das Thier jedoch durch vorherige Seruminjection widerstandsfähig geworden, so kommt die Nekrose nicht zu Stande und die Drüse reagirt auf die Gifteinspritzung in derselben Weise wie bei der Infection. —

Ueber die Einwirkung der Antitoxine auf das Toxin suchten Martin und Chevry (366) unter Benutzung des Martin'scheu Gelatinefilters Klarheit zu schaffen. Dieser trennt Lösungen nach der Grösse ihres Moleculargewichtes. Die Verf. mischten nun auf diesem Filter Toxin mit Serum. Und es ergab sich nun, dass Injectionen mit der filtrirten Mischung für Meerschweinchen unschädlich waren. Controllversuche mit Schlangengift ergaben entsprechende Resultate. Hieraus schliessen die Verf., dass Toxin und Antitoxin schon ausserhalb des Körpers in Verbindung treten können und dass durch ihre Combination die Giftigkeit des Toxins neutralisirt wird. — Nach Fisch (26) ist die Wirksamkeit des Heilserums eine chemische; seine Wirkung tritt bei der Verabreichung per os und bei der antitoxischen Milch in derselben Weise, nur langsamer ein. — Die Agglutination des Löffler'schen Bacillus durch Serum ist nach Nicolas (192, 408) durchaus keine

constante Erscheinung. Wenn Nicolas zur Prüfung Sera verschiedener Herkunft benutzte (237), so ergab sich, dass all' diese Sera immer dieselben Röhrchen agglutinirten. — Murawjew (25, 367) beobachtete nach Toxininjection nach Verlauf von 3 Tagen Desagregation der chromophilen Kerne und Chromatolyse der Zellen mit reichlicher Vacuolenbildung. Paralysen traten aber erst nach Entwicklung von Nephritis auf. In den peripheren Nerven waren keine Veränderungen. Bei der Einführung von Toxin und Antitoxin werden fast keine Veränderungen im Nervensystem wahrgenommen, wenn die Neutralisation eine vollständige ist. Ist dieselbe unvollkommen, so sind die Veränderungen dieselben wie bei alleiniger Toxinwirkung. Das Antitoxin bewirkt ähnliche Veränderungen wie das Toxin, nur die Vacuolen fehlen. Eine Woche nach stattgehabter Injection ist von Antitoxin kaum mehr Nutzen zu erwarten; das Serum selbst ist keine indifferente Substanz. Mehrere kleine Dosen wirken besser als eine grosse. — Einen ähnlichen Antagonismus zwisehen Toxin und Antitoxin beobachteten Chavrin und Bardier (25) in Bezug auf das Herz; das Diphtheriegift verlangsamt die Schlagfolge, das Antitoxin beschleunigt sie. Doch ist diese Erscheinung nicht so constant, wie Fenewetzky annimmt. — Eine sorgsame Studie über die Morphologie des Blutes bei Diphtherie und über den Einfluss der Serum-Injection hierauf bringt Hase (366). — Weisbecker (194) gewinnt sein Heilserum von Diphtheriekranken, die ohne Benutzung des Behringschen Serums Diphtherie überstanden haben. Er rühmt die Erfolge dieser Methode.

Während nach Roux (365) das Antitoxin in den Zellen des Organismus gebildet wird, die durch das injicirte Toxin zu dieser Thätigkeit angeregt werden, wird dasselbe nach d'Astros (365) nicht in den Geweben und Zellen, sondern im Plasma gebildet. — Nach Veeder (300) dagegen ist das Serum nicht als ein Gegengift, sondern nur als ein Praeventiv-Mittel aufzufassen. Nach seiner Meinung hemmt es nur die giftbildende Thätigkeit der Bacillen, ist aber dem bereits fertigen Gift gegenüber ganz wirkungslos. —

Die Zahl der Autoren, die mit der Präventivwirkung des Heilserums gute Erfolge erzielt haben, scheint im Zunehmen begriffen zu sein; Donald (66), Phipps, Munn, Morrill (454) messen dem Serum eine auf mehrere Wochen sich erstreckende Schutzkraft zu. Stokes (410) immunisirte 256 Kinder, von diesen erkrankten nur 2 an Diphtherie. — Jahorsky (454) hat 164 Kinder immunisirt, bei denselben ist keine Erkrankung vorgekommen. Er giebt das Serum per os; bei dieser Verabreichung tritt die Wirkung erst nach 36 Stunden ein. —

Ueber die Diagnose der Mischinfection kann nach Méry (409) nur die Vereinigung der bacteriologischen und klinischen Untersuchung einige Wahrscheinkeit ergeben. Verf. stellt die hauptsächlichsten Formen der Mischinfection und die klinischen Erscheinungen, die sie hervorzurufen pflegen, zusammen. — Ob der Bacillus der Vogeldiphtherie mit dem Klebs-Löffler'schen identisch sei, lässt sich nach Gratia und Lienaux (115) noch nicht mit Sicherheit feststellen. Jedenfalls ist Vorsicht geboten.

Ueberaus zahlreich sind die Mittheilungen, welche sich auf die im Gefolge der Diphtherie einstellenden Erkrankungen beziehen. Wir heben aus denselben hervor einen Bericht von Slawyk (26), der nach Diphtherie eine Embolie der rechten

Art. foss. Sylvii, Erweichung der rechten Hirnhälfte, Lähmung des Gaumensegels, des Facialis und der linken Körperhälfte bobachtete. — Seine eigene Krankengeschichte berichtet Beljowski (298); er überstand eine vollkommene Lähmung, die am Gaumensegel beginnend, nacheinander alle 4 Extremitäten, Blase, Mastdarm und endlich das Gefühl ergriff. — Klimow (367) fand die Herzganglien bei Kindern, die an Diphtherie gestorben waren, in all' ihren Theilen verändert. — Nach Batten (367) handelt es sich bei diphtherischen Lähmungeu hauptsächlich um parenchymatöse Degeneration der Myelinscheiden.

Auch in diesem Jahr ist die Zahl der Anhänger des Heilserums wesentlich gewachsen; wir verweisen auf die günstigen Berichte von: Suttie-Detroit U.S.A. (27), Aviragnet und Apert-Gebrauchsanweisung (27), Herré (27) und Richardière-Frankreich (28), Rauchfuss-Petersburg (29), Krönlein-Zürich (66, 115), Kasahara-Japan (67) (23pCt. Sterblichkeit), Riese (115), Sevestre-Paris (116), Specialcommission der Clinical Society London (116), Walsh-Washington (117), Sidney Martin und Hunt-England (157), Strohe-München (194), Sevestre-Paris (241), Ippolitow-Russland (242), Armstrong (455), Riese (455), Riese (455), Budwald-Breslau, Bierens de Haan-Leiden (514).

Eine mehr abwartende Stellung nehmen ein: Straub (241) und Woldert (243). — Posatzki (29) behandelte 3352 Diphtheriefälle; davon erhielten Heilserum 1429, von diesen starben 376. Ohne Serum wurden behandelt 1887, von diesen starben 535. P. hält dafür, dass die Zahlen, die er gewonnen hat, nicht zu Gunsten der Serumtherapie zu verwenden sind. — Kassowitz (67) und Rupp (369, 412) verhalten sich nach wie vor entschieden ablehnend. — Nach Cobbet (368) ist der Erfolg der Serumbehandlung in London wesentlich ungünstiger als in Berlin. — Jordan (408) zeigt, dass die Diphtheriesterblichkeit in den Grosstädten Amerikas diejenige der europäischen Städte überwiegt. Er glaubt, dass dies durch die ausgedehntere Anwendung des Heilserums in Europa bedingt werde.

Aus der grossen Menge der gegen Diphtherie empfohlener Heilmittel heben wir folgende hervor: Formalindämpfe werden empfohlen von Hörschelmann (24), Lunin und Ucke warnen vor grossen Erwartungen in Bezug auf dieses Mittel. — Argent. nitr. in 10 proc. Lösung soll nach Hand (193) eine schnelle Abtödtung der Bacillen nach Abstossung der Diphtheriemembranen bewirken. — Sulforicinphenol zur localen Pinselung empfohlen von Henry, Dupuy (193). — Eucalyptusdämpfe, gewonnen durch die permanente Zerstäubung eines Infuses (60 g auf 1 Liter) verhüten nach Bonamy (240) die Uebertragung von Fall zu Fall und die Secundärinfection bei den Kranken selbst.

A. Kuttner.

E. Kehlkopf und Luftröhre.

Eichler (118) bringt eine Mittheilung, welche seiner Meinung nach dafür spricht, dass die Stimmlippe an ihrem freien Rande drüsenhaltig sei. — Kreide

(377) studirte die physiologische Bedeutung der Anastomose zwischen Nv. laryng. sup. et inf. Die elastische Reizung derselben ergab prompte Adductionsbewegungen der gleichseitigen Stimmlippe, die als typischer einseitiger Reflex aufzufassen ist. Die Durchschneidung lässt keinerlei Lähmungserscheinungen erkennen. — Metzler (119) zeigte am Kaninchen, dass der Glottisschluss gleich am Anfang des Schlussactes, gleichzeitig mit der Contraction der Mm. mylohyoid. statthat. — v. Schrötter (30) beobachtete bei einem 8jährigen Knaben eine anscheinend angeborene Laryngocele. Bei der Exspiration wurde der Sin. Morgagni gedehnt und seine mediale Wand vorgebaucht; beim Inspirium fiel er zusammen. — Einen ähnlichen Fall, bei dem sich die Laryngocele aber durch eine besondere Anstrengung der Stimme ausgebildet hatte, erwähnt Pantaloni (33). — Forus (301) sah in der Regio subglottica eine Pseudoglottis, gebildet von zwei blassrothen Bändern, die in der vorderen Commissur zusammenstiessen. Er konnte nicht entscheiden, ob es sich um einen angeborenen oder erworbenen Zustand handelt.

Ueber die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu den Kehlkopfaffectionen handelt ein Artikel von Oppenheimer (414). Er constatirte laryngeale Veränderungen, die durch die Blutbahn oder durch die Nerven vermittelt werden während der Pubertät, während der Schwangerschaft, während der Menstruation und in der Menopause. — van Bruggen (119) bespricht die Ursachen des anfallsweise auftretenden Hustens bei Kindern, Kayser (119) den dysphonischen Husten. Die Dysphonie entsteht, wenn der Kehlkopf besondere zur Dysphonie veranlassende Momente aufweist: Alteration der Stimmlippen, ungenügenden Glottisschluss, Mitschwingen der Taschenbänder etc. — Langmaid (85) hatte 5 mal bei Leuten, die ihren Kehlkopf regelmässig anstrengen mussten, submucöse Stimmlippenblutungen zu beobachten Gelegenheit. In allen Fällen fand die Blutung am Uebergang vom 1. zum 2. Dritttheil der Stimmlippen statt und trat im Anschluss an eine besondere Stimmanstrengung auf. — Ueber einen an alcoholischer Cirrhose leidenden Patienten, der an Kehlkopfblutungen litt, berichtet Lubet-Barbon (30). — Weitere Fälle von Laryngitis haemorrhagica berichten Janssens (160) und Morelli (214). — Uchermann (158, 518) unterscheidet 2 Formen rheumatischen Kehlkopfleidens; die eine begleitet das rheumatische Allgemeinbefinden (Cricoarytaenoidgelenk); die andere ist selbstständig und nimmt entweder die Form einer einfachen Laryngitis an, ausgezeichnet durch starke Empfindlichkeit, oder sie zeigt knotige Infiltrationen oder ödematöse Durchtränkungen. — Fälle von Laryngitis fibrinosa werden mitgetheilt von Sainsbury, Worrale, Grimes (159). — Anders (25) erinnert daran, dass obgleich früher die Laryngit. fibrinos. in Hospitälern nicht isolirt wurde, Infectionen nicht beobachtet wurden. Auch Lunin glaubt an eine nicht infectiöse Laryngit. fibrinosa. — Curtis (197) behandelt die Laryngitis bei Sängern nicht mehr mit Adstringentien, sondern mit dem Extract der Suprarenalkapsel, das auf die Schleimhaut aufgepinselt wird. In der Nase bewirkt es eine 10 Minuten anhaltende Blutleere, die stärker ist als eine durch Cocain erzielte. — Baurowicz (161) sieht in den meisten Fällen der Chordit. vocal. inf. hypertr. nur die im Kehlkopf localisirte Form der Sclerose. — Polyák (211) stellt einen Fall vor, den er als Sclerom

des Larynx auffasst. Baumgarten räth für derartige Fälle die systematische Intubation an, während v. Navratil und P. selbst bei wirklichen Scleromfällen zur Laryngofissur und Ausräumung des Kehlkopfs rathen. — Ein Scleromfall, den v. Linárt (475) demonstrirt, schien bereits durch Dilatation geheilt, als sich nach 9 Monaten ein Recidiv einstellte.

Eine Classification der acut entzündlichen Affectionen der oberen Luftwege, die von Larynxödem begleitet sind, versucht Rice (538). — Kanasugi (160) fand in 2 Fällen von Kakke, einer in Japan endemischen Erkrankung, die mit Herzpalpitationen, Schluckbeschwerden etc. einhergeht, Oedeme des Kehlkopfes. — Uchermann, Dabnay (371) theilen Fälle von angioneurotischem Oedem des Larynx mit, das bei Frauen im klimacterischen Alter vicariirend für die Menstruation einzutreten schien.

Rethi (30) theilt die Geschichte eines Patienten mit, bei dem er die allmälige Entstehung einer Pachydermia diffusa mit Wulstbildung selbst beobachten konnte. Nach Rethi's Ansicht kommt die Muldenbildung in den Wülsten nur durch gegenseitigen Druck zu Stande; A. Kuttner (B. Fränkel's Arch. Bd. IX. p. 355) weist im Gegensatz hierzu noch einmal darauf hin, dass dies nicht der einzige Grund sein kann. Er hat einen Patienten beobachtet und demonstrirt, der an beiden Stimmlippen deutlich ausgeprägte pachydermatische Wülste und Mulden zeigte, es lag aber hier die eine Stimmlippe so viel höher als die andere, dass bei Glottisschluss die Stimmlippen stufenförmig übereinander lagen. Da in diesem Fall die Stimmlippen sich beim Glottisschluss in ihrem hinteren Abschnitt gar nicht berührten, so bleibt hier nur die Virchow'sche Annahme als einzig mögliche übrig. — Potter (325) demonstrirt einen 27jährigen Patienten mit Pachyderm. laryng., bei dem von Alkoholismus, Rauchen oder Ueberanstrengung der Stimme keine Rede sein konnte. — Freudenthal (371) berichtet über einen Fall von chronischer Urticaria der Epiglottis. Dieselbe zeigte bald eine oder mehrere herpesartige Prominenzen mit ödematöser Umgebung, bald eine gleichmässige, tiefrothe Färbung, bald vollkommene Blässe. — Schulz (160) fand in typhösen Larynxinfiltraten Staphylokokken und echte Typhusbacillen.

Aus den zahlreichen casuistischen Berichten über Larynxtuberculose heben wir hervor eine Mittheilung von Gerber (98) und eine von Hellat (162), die die Kehlköpfe eines 5jährigen und eines 3 Monate alten Kindes tuberculös erkrankt fanden. — Ueber einen tuberculösen Tumor der Epiglottis, der eine maligne Geschwulst vortäuschte, berichtet E. Mayer (391). — Die Discussion über die chirurgische Behandlung der Larynxphthise hat neue Momente nicht zu Tage gefördert. Castex (374) hält die Kehlkopftuberculose für heilbar, wenn 1. der Verlauf der localen Läsion ein torpider ist, wenn 2. die Läsionen so tief sitzen, dass sie dem beständig reizenden Einfluss der Schluckbewegungen entzogen sind, wenn 3. kein Fieber vorhanden ist und 4. die Lungenerscheinungen gering sind. Er rühmt die Lannelongue'sche Methode der interstitiellen Zinkchlorideinspritzungen. Auch die Thyrotomie (374, 375) empfiehlt er. In 3 Jahren gelang es ihm 7 Fälle von Kehlkopftuberculose zur Heilung zu bringen. Weitere günstige Berichte bringen Lambert Lack (208), Schmitthuisen (263), v. Navratil (479) u. a. m. — Eine ausführliche Abhandlung über den Lupus des Kehlkopfes

und seine Beziehung zu den übrigen tuberculösen Affectionen veröffentlicht Brat (521), er wünscht den Lupus als eine selbstständige klinische Affection aufgefasst zu sehen. Massei (425) betrachtet Lupus und Tuberculose als identische Erkrankungen. — E. Mayer (90, 162) tritt für das Vorkommen eines primären Kehlkopflupus ein. — Krieg (373) fand unter 700 Fällen von Kehlkopftuberculose 275 einseitige, 425 doppelseitige Erkrankungen. Von den 275 einseitig erkrankten Fällen correspondirten 252 mit der erkrankten Lungenseite. Mit diesem Befunde correspondirten diejenigen doppelseitigen Erkrankungen, bei denen die eine Seite stärker erkrankt war als die andere. Hieraus zieht K. den Schluss, dass die secundäre Kehlkopferkrankung meist auf dem Circulationswege und zwar durch die Lymphbahn vor sich geht. —

Einen Gummiknoten in dem oberen Abschnitt der Trachea beobachtete Hanszell (308). — v. Navratil (48) sah eine Feststellung beider Arygelenke, auf Grund von Syphilis, die zu lebhafter Stenose führte. — Weitere Fälle von Larynx- und Trachealstenosen verschiedener Art werden von Baurowicz (2, 3) und Hofmokl (4) mitgetheilt. —

Ueber einen ganz eigenartigen Fall von Stenose der Luftwege berichtet Neuenborn (172); es kam zu einer Ansaugung der Seitentheile des Kehlkopfes in Folge von Lähmung der Mm. aryepiglottici. — Kronenberg (172) sah bei einem 5jährigen Knaben Stenosenerscheinungen während des Schlafes, die durch ein Zurückfallen des Unterkiefers bedingt wurden. Ein zweckentsprechender Apparat brachte diese Anfälle zum Verschwinden. Weitere Fälle von Larynxstenose werden mitgetheilt von Nisenson, Rundström, Rogers (455—456). — Semon (163) berichtet über eine Patientin, die eine derbe röthliche Membran zwischen den vorderen $^3/_4$ der Stimmlippen zeigte. Die Stimme war von Geburt an heiser. Ein gleichzeitiges Colobom stellte den congenitalen Ursprung des Leidens ausser Zweifel. — Weitere Fälle von congenitaler Kehlkopfstenose bringen Maccoy (163) und Pel (175) zur Mittheilung. Gardner (119) weist an der Hand von 6 Fällen nach, dass die Anschauung, bei chronischer Kehlkopfverstopfung würden Narcotica nicht gut vertragen, unrichtig sei.

Zur Behandlung der Stenosen wird vielfach die Tubage empfohlen; so hat v. Bókay (304, 305) dieselbe in folgenden Fällen mit Erfolg angewandt: 1. bei syphilitischen und nicht syphilitischen Narben; 2. bei Laryngitis subglott. chron. hypertroph. 3. bei erschwertem Decanulement; 4. bei Fremdkörpern, die in die oberen Luftwege gerathen sind. — Recht verschieden sind die Ansichten der Autoren über die Frage, ob man die Intubation auch in der Privatpraxis vornehmen darf. Sevestre, Delore (244) warnen davor, da die Verstopfung oder das plötzliche Herauswerfen der Canüle schwere Suffocationserscheinungen hervorrufen kann. Ballenghien (244), Jacques (244, 413); Poliewktow (244); Castelain, Nachod (413); Schlesinger (515) sehen keine Gefahr dabei. — Simpson (74) bespricht die Dauer der Intubation, Bryson, Delavan ihre Indicationen bei chronischer, Knight ihre Indication bei acuter Stenose. — Greene (76) ist der Meinung, dass nach Tracheotomie oder Intubation wohl Würgbewegungen, aber niemals Erbrechen zu stande kommen könne. Er macht deshalb den Vorschlag, bei unstillbarem Erbrechen den Larynx zu intubiren. — Auf den Prioritäts-

streit zwischen O'Dwyer und Fischer beziehen sich die Mittheilungen von Rosenthal, Carr und Fischer (76). — W. J. van Stockum (74) hat die O'Dwyer'sche Tube mit einem umschliessenden Gummisäckchen umkleidet, das in situ aufgeblasen die Trendelenburg'sche Tampon-Canule ersetzen soll.

Kermauner (307) bespricht die Blutungen, die sich nach Tracheotomie und Oesophagotomie einstellen. Er unterscheidet nach Foltanek's Vorgang extra- und intratracheale Blutungen. Die ersteren sind bedingt durch Arrosion der Gefässwände durch Eiter, durch Uebergreifen von Neubildungen auf die Gefässwand oder durch Decubitalgeschwüre, die durch die Canüle verursacht sind. Die intratrachealen Blutungen sind bedingt durch das Fortschreiten der primären Erkrankungen, oder sie stammen aus den Gefässen der Tracheotomiewunde. — Der Ansicht Baudouzy's (460), dass tracheotomirte Kinder innerhalb weniger Jahre der Tuberculose anheimfallen, wird von Jacobi (460) an der Hand seiner Erfahrungen widersprochen. —

Mit der Histologie der Fibrome beschäftigt sich eine Arbeit Alexander's (245); den Ursprung derselben sieht er in einer Veränderung der Matricular-gewebe, die in einer hyalinen Degeneration der Gefässwandungen ihren Ausdruck findet. Diese findet sich auch stets in den Fibromen selbst, und als secundäre Zustände Erweiterung der Gefässe und Transsudation. — Curtis (31) sieht die Ursache für die Entstehung von Stimmbandknötchen in einer falschen Methode des Tonansatzes in der oberen Mittellage. Durch richtigen Tonansatz und zweckentsprechende Stimmübungen hat Curtis zahlreiche Heilungen erreicht. — Alexander (245) hat eine Reihe von Stimmlippenknötchen mikroskopisch untersucht. Auf Grund dieser Untersuchung kommt er zu dem Schluss, dass diese Gebilde niemals darauf zurückzuführen seien, dass ihre Localisation den Schwingungsknoten der Stimmlippen entspräche. Vielmehr sei entweder die mechanische Reibung oder die Erkrankung einer an dieser Stelle liegenden Drüse für ihre Entstehung verantwortlich zu machen.

Railton (32) und Alexandrow (32) behandelten bei Kindern multiple Kehlkopfpapillome durch Tracheotomie und längeres Tragen von Trachealcanülen ($^1/_2$, 2, 4, 7 Jahre) und erzielten auf diese Weise vollkommene Heilung. — Dundas Grant (318) verwandte gegen immer wiederkehrende Papillome, bei denen er alle möglichen Methoden vergeblich versucht hatte, mit Erfolg tägliche Pinselungen von Salicylsäure (1—10 pCt.) — Casuistische Beiträge zur Behandlung der Papillome lieferten: v. Navratil (48); Paunz (49); Marsh (166); Gevaert, Hennebert (246); Baumgarten, Retzlaff (247); Bond (434). — Des weiteren liegen folgende Berichte über die Beobachtung gutartiger Kehlkofgeschwülste vor: Pantaloni (33), Bond (427): Angiom; v. Navratil (47, 48), Paunz (49), Hopmann (112), Farlow (246), Grant (323): Fibrome; Barclay Baron (167), Wingrave (208), Symonds (322), Gaudier (248), Stahl (415): Cysten; Gaudier (248): Myxom; Ingals (415): Eversion des Morgagni'schen Ventrikels; Uchermann (416): Fibro-myxo-lipoma. —

Baurovicz (248) hat 8 zuverlässige Fälle zusammengestellt, bei denen sich Schilddrüsenglschwülste im Innern des Kehlkopfes fanden. Er glaubt nicht, dass es sich hierbei um versprengte embryonale Keime handelt, sondern um eine ab-

norme, zur Zeit der Entwicklung stattfindende Fixation zwischen Schilddrüse und Trachea, infolge deren normales Schilddrüsengewebe in den Kehlkopf wuchert.

Zahlreich sind die Mittheilungen über die Beobachtungen maligner Tumoren. Ueber Sarkome des Kehlkopfes berichten Hanszel (32); Baumgarten (477); Morelli (486) — Angiosarkom. — Berichte über Carcinome wurden eingeliefert von Sendziak (2), Baurowicz (2), Harmer (32): Combination von Lues und Carcinom; Jurasz (33): Fall von endolaryngealer Operation; Shurly, Pantaloni (33); Meusel, Garré (34); Flatau (95); Symonds (138, 235); Robinson (317): Carcinom bei einer tuberculösen Patientin; Pegler (318); 416—417; v. Navratil (475). —

Von besonderem Interesse ist eine Mittheilung Barth's (249), die den Uebergang eines gutartigen Tumors in einen malignen illustriren soll. Der betreffende Patient wurde seit dem Jahre 1875 an Kehlkopfpolypen wiederholentlich behandelt: Heiserkeit und Athemnoth waren die hervorstechenden Symptome seines Leidens. 14 Jahre nach Beginn desselben (1890) Nachlass der Arbeitsfähigkeit, 1897 i. e. 21 Jahre nach Beginn der Erkrankung Exitus letalis an Kehlkopfcarcinom. —

Gluck (92) berichtet über seine Erfolge bei der Radicaloperation maligner Larynxtumoren. In der letzten Serie von 14 Fällen sind 13 Heilungen und 1 Todesfall durch Jodoformintoxication zu verzeichnen. Warm empfohlen wird von Gluck bei einseitiger Laryngotomie die Einnähung eines gestielten Hautlappens in die Wunde.

Semon und Butlin warnen gelegentlich eines Krankenberichts von Spencer (141, 208) vor der Pharyngotomia subhyodea zum Zweck der Radicaloperation. Moll (175) berichtet über einen Fall, den er auf endolaryngealem Wege geheilt hat. Seit einem Jahre kein Recidiv. — Eine grosse Reihe weiterer casuistischer Beiträge werden referirt S. 249—253. Wir heben aus denselben hervor eine Mittheilung von Noltenius (251), der nach einer endolaryngealen Operation eines Carcinoms, bei der eine ganze Stimmlippe entfernt wurde, eine schwere Nachblutung erlebte, derentwegen Trachea und Larynx gespalten werden musste. 3 Tage nach dem Aufhören der Blutung trat der Tod ein. — Chiari (252) ist der Meinung, dass bei der Auswahl der Fälle, bei denen man die endolaryngeale Methode versuchen dürfe, eine ganz besondere Sorgfalt statthaben müsste. — Eine zusammenfassende Statistik bringt Sendziak (253).

Mit dem Studium der Lepra beschäftigen sich die Arbeiten von Bunzel-Federn (415), der ein primäres Sklerom des Larynx beobachtete, und Hansen (522), der bei einem Fall von Lepra tuberosa ulcerosa die oberen Luftwege stark betheiligt fand. — Kanthack (161) tritt der Ansicht Bergengrün's und Unna's bei, nach welcher die Leprabacillen in den Lymphbahnen sich aufhalten und nur gelegentlich in die Zellen eindringen. Die sog. Kugeln und Leprazellen sind Durchschnitte von bacillären Thromben der Blutgefässe. Die Riesenzellen des leprösen Larynx werden gebildet von einer Wucherung des Endothels um Bacillenthromben.

Sabrazès und Cabannes (76) berichten von einer Tracheocele, die bei einem tuberculösen Tabiker sich nach der Suspension ausgebildet hatte. Eine weitere Mittheilung anatomischer Natur über die Divertikel der Trachea rührt her

von Prczewski (418); er unterscheidet rinnenförmige und netzförmige Divertikel. — Koschier (77) entfernte Massen eines Carcinoma cylindromatosum, das starke Dyspnoe verursachte und radical nicht mehr operirbar war, durch einen von Störk construirten nach unten schneidenden scharfen Löffel aus der Trachea. — P. v. Bruns (308) resecirte bei primärem Trachealkrebs die hintere und linksseitige Wand der Luftröhre in einer Ausdehnung von 10 Trachealringen. Erst 6 Jahre nach der Operation erlag der Patient wieder auftretenden Stenosenerscheinungen. — Mayer (73) berichtet von einer Frau, die wiederholentlich Concremente aus phosphorsaurem Kalk und Magnesia aushustete, welche die Verästelung der Bronchien zeigten. —

Zahlreiche Berichte über Fremdkörper, die in die oberen Luftwege gerathen sind und auf oft recht ingeniöse Weise entfernt wurden, finden sich referirt Seite 68—73, 303—304, 457—460.

Kraier (68) erörtert die Verletzungen des Halses unter besonderer Berücksichtigung der im Kriege vorkommenden Verwundungen, die etwa 2 pCt. der Gesammtverletzungen ausmachen. Bei schweren Commotionen und Contusionen, bei Hieb- und Schusswunden, Fracturen und Fremdkörpern räth er zur Vornahme der prophylactischen Tracheotomie. Duncan, Poole, Galt (68) beschäftigen sich mit demselben Thema, ebenso Preindsberger (301), der bei gehöriger Ueberwachung des Patienten die prophylactische Tracheotomie für entbehrlich hält. — Ein interessanter Fall von Larynxfractur wird von Borzymowski (302) mitgetheilt. — Ueber eine vollständige, durch einen Unfall bedingte Ruptur der Trachea berichtet d. N. Y. med. Journ. (308). Obgleich der Patient noch 14 Tage lang nach dem Unfall lebte, wurde die Zererissung der Trachea erst nach der Section entdeckt. — Unter den Fragen, die sich auf die nervösen Apparate des Kehlkopfes beziehen, steht die durch Grossmann angeregte Discussion über das Semon'sche Gesetz (126) immer noch im Vordergrund des Interesses. Sämmtliche Autoren, die sich zum Worte meldeten, A. Kuttner und Katzenstein (128 und B. Fränkel's Archiv. Bd. IX. pag. 308), Klemperer (129), Burger (B. Fränkel's Archiv. Bd. IX. pag. 203) sind darüber einig, dass die Behauptung Grossmann's, die Medianstellung der Stimmlippe entspreche der Recurrenslähmung und die sogen. Cadaverstellung entspreche der Lähmung des Nv. laryng. inf. et sup., auf einem Irrthum beruht. Hiermit stimmt auch eine Mittheilung von Herzfeld (94, 126, 388) überein, der einen typischen Fall von doppelseitiger Recurrenslähmung beobachtete. Die postmortale Untersuchung dieses Falles ergab, dass die Fasern der Mm. postici zerstückelt waren, verschiedene Breite und Kernwucherung aufwiesen. Die Mm. cricothyreoidei erwiesen sich als normal. Im Laufe dieser Discussion hat sich nun ergeben, dass die Abductionsbewegungen der Stimmlippen nach der Entfernung der Mm. postici zwar in ihrer Excursionsbreite eingeschränkt sind, aber durchaus nicht aufhören, dass aber die Resultate, die man aus den früheren Experimenten gezogen hat — dass nämlich die doppelseitige Posticusausschaltung unbedingt zum Erstickungstode führen müsse — irrthümliche waren. Wie gross die Einschränkung der Excursionsweite ist und welche Factoren die Auswärtsbewegungen der Stimmlippe nach Entfernung des Postici bewirken, steht noch zur Discussion. — Stein-

lechner (129) fand an Trockenpräparaten der verschiedenen Kehlkopfmuskeln bezüglich der Vertheilung der hellen und trüben Fasern keinerlei Unterschied. Er schliesst daraus, dass die Adductoren der Stimmlippen und der M. posticus nicht Antagonisten im Sinne des Beuger und Strecker seien. Dieser Befund spricht in keiner Weise gegen das Semon'sche Gesetz. — Eine ausführliche Abhandlung über Recurrenslähmung auf Grund der Semon-Rosenbach'schen Anschauungen rührt her von Greiner (378); über die Lähmungen bei Tabes handelt Cadel (379). — Dundas Grant (125) sah eine Recurrenslähmung auf alkoholischer Basis; Lermoyez (126, 378) eine solche nach Masern. Baumgarten (213) zeigt ein 5jähriges Kind mit linksseitiger Recurrenslähmueg. Die rechte Stimmlippe macht regelmässige Excursionen, erreicht aber nicht die linke, da sie die Mittellinie nicht überschreitet. Dieser Fall steht in Widerspruch mit den Angaben von Grabower (s. Berliner klin. Wochenschrift 1894. p. 964), der annimmt, dass bei Lähmung der einen Stimmlippe immer die andere, so lange sie normal functionirt, über die Mittellinie hinausgeht bis zur Berührung mit der gelähmten Seite. Wenn eine solche Ersatzerscheinung nicht eintritt, so spricht dies nach Grabower für eine mechanische Fixation. — Onodi (124) ist die Trennung der phonatorischen und respiratorischen Fasern beim Pferde geglückt. — P. Koch (343) sah eine Adductorencontractur nach Influenza.

Onodi (125) schreibt dem subcerebralen Centrum, das zwischen den hinteren Vierhügeln und dem Vagusgebiet liegt, die wesentlichste Bedeutung für die Phonation zu. — Uchermann (125) theilt die Geschichte eines Kranken mit, der an rechtsseitiger Hemiplegie litt, die durch eine Jahre lang anhaltende motorische Aphasie bei Lähmung der Kehlkopfadductoren complicirt war. Dieser Fall spricht nach Verf.'s Ansicht dafür, dass eine einseitige Störung des Phonationscentrums eine doppelseitige Adductorenlähmung bewirken könne. — Des weiteren berichtet U. (124) über einen Fall von alternirenden rhythmischen, clonischen Krämpfen der Glottisschliesser und Glottisöffner. Den Schlussfolgerungen, die Verf. aus dieser Beobachtung zieht, ermangelt die Beweiskraft der Autopsie.

Fälle von Kehlkopfschwindel classificirt Middlemas Hunt (121) in folgender Weise: 1. Fälse im Anschluss an heftige Hustenparoxysmen mit mehr oder weniger vollständigem Glottiskrampf und starker cerebraler Congestion; 2. Fälle von echter Epilepsie; 3. Fälle von eigenthümlichem Ictus laryngus, bei denen auf eine Kehlkopfreizung mit wenig oder gar keinem Husten und ohne Glottiskrampf ein plötzlicher Schwindel und Bewusstlosigkeit folgt.

Bernoud (377) berichtet über 9 Fälle von Ict. laryng., diese Affection hat zwar eine gewisse Aehnlichkeit mit dem epileptischen Anfall, ist aber doch von demselben durchaus verschieden. Nach Verf. handelt es sich um einen peripherischen Reizzustand des Nerrv. laryng. sup., der zwar nicht direct auf die Gehirnrinde, wohl aber auf Herz- und Athemcentrum übertragen wird. Diese in Gemeinschaft mit der Erschütterung durch den Husten lösen die Störungen in der Circulation der Hirnrinde aus.

Frerichs, Bernoud, Stillson, Rhodes (523—524) berichten über Spasmus glottidis und Tensorenkrampf der Stimmlippe bei Phonation. Dasselbe Thema behandelt Edwin Rhodes (536). — Casuistische Beiträge für den

Ictus laryngis bringen: Linkenheld (376); Percepied (524). — Uchermann (120) betrachtet die exspiratorische Form des Stimmritzenkrampfes als nervösen Husten. Er tritt dafür ein, dass sowohl bei der Athmung wie bei der Intonation Ad- und Abductorenmuskeln des Kehlkopfes gleichzeitig innervirt sind. Beweis hierfür ist ihm die Medianstellung der Stimmlippen nach Abductorenlähmung.

Saenger, Rosapelly (34), Zwaardemaker (35), Maria Ypes-Speet (36) bringen Arbreiten, die Physiologie der Sprach- und Stimmbildung betreffend. — Oltuszewski (195) erörtert die Entwicklung der Sprache und Intelligenz. — Maljutin (36) glaubt aus der Form des harten Gaumens, der einen wichtigen Bestandtheil des Resonators beim Singen bildet, Schlüsse auf die Stimme des betreffenden Individuums ziehen zu können. — Scheier (36) hofft, dass die Anwendung von Röntgenstrahlen viele noch strittige Fragen über die Physiologie des Gesanges wird lösen können. — Rosenberg (91) constatirt, dass die bisher zu Tage geförderten Thatsachen den Erwartungen nicht sehr entsprochen haben. Der Hauptvortheil, den die Durchleuchtung gewährt, besteht in der Unterstützung, die sie für die Diagnose der intrathoracischen Tumoren gewährt. — Zwaardemaker (173) hat die graphische Methode der articulatorischen Lautforschung weiter ausgebildet. — Marage (199) erörtert die Sprache der Taubstummen; er unterscheidet gesprochene und gesungene Vocale; die ersteren werden durch die Mund-Rachen-Resonanz hervorgebracht, hierbei ist der laryngeale Ton nebensächlich; bei den gesungenen Vocalen ist der Kehlkopfton vorherrschend. Der Kehlkopf der Taubstummen ist fast stets atrophisch. — Nach Hellat (380) steht der Kehlkopf, der sich bei Natursängern entsprechend der Höhe der Töne auf- und abbewegt, bei vielen hervorragenden Künstlern dicht oberhalb des Sternums fest. Hellat neigt zu der Annahme, dass die Tieflage des Kehlkopfes beim Singen bessere Resultate giebt.

Holger Mygind (381) giebt eine sorgsame Studie über das Stottern, das er als eine ausgesprochene Neurose betrachtet, die in ätiologischer Beziehung mit den sogenannten Degenerations-Neuropathien verwandt ist. M. geht aber nicht so weit, jeden Fall von Stottern als Ausdruck für eine neuropathische Familiendisposition oder -Degeneration zu betrachten. — Des weiteren bringen orientirende Abhandlungen über das Stottern: Derevorge, Wiener medicin. Blätter, No. 34, Cramer (38); der letztere stellt einen eigenartigen Fall vor: es handelt sich um einen hysterischen Mann, der nur bei den Anfangssylben, nie in der Mitte oder am Ende des Wortes stotterte. — Oltuszewski (196, 380) bespricht den Zusammenhang verschiedener Lähmungsformen mit Sprachanomalien. Auch Hörstummheit und nasale Sprache glaubt O. gelegentlich auf Lähmungen zurückführen zu müssen. — Die Verstümmelung der S-Laute beim Parasigmatismus lateralis beruht nach Liebmann (198) darauf, dass die Luft nicht in der Mitte zwischen Zunge und Schneidezähnen, sondern seitlich zwischen dem Zungenrand und den Backzähnen entweicht. — Einen Fall von hysterischem Stottern theilt Geisler (380) mit. — Jacquit (199) beschreibt einen Patienten, bei dem das Stottern mit Spasmus des Pharynx und Oesophagus complicirt war; beim Singen und nach schnellem Laufen verschwinden diese Störungen.

Das Näseln kommt nach Sänger (37) dadurch zu stande, dass durch

Hebung des Zungenrückens das Eindringen der Schallwellen in die Mundhöhle verhindert wird und die im Nasenrachen befindliche Luft resonatorisch mitwirkt. Liebmann (37) berichtet über Fälle von Rhinolalia clausa et aperta; er erörtert die verschiedenen Ursachen und die Behandlung dieses Sprachfehlers. — Posthumus Meyer (381) beschreibt ein Halsleiden, das durch fehlerhaftes Sprechen (fehlerhafte Athmung, unzweckmässige Haltung der Zunge, harten Tonanschlag etc.) entsteht, und das in einem allgemeinen Congestionszustand des Pharynx und Larynx mit Paresen einzelner Kehlkopfmuskeln besteht. Zur Heilung dieses Zustandes empfiehlt Verf. neben einer milden Localbehandlung zweckentsprechende Sprechübungen. —

Barnett (122) berichtet von einem 3—4 Monate alten Kinde, das von Geburt an an schweren dyspnoischen Anfällen litt, die auch nach der Tracheotomie nicht aufhörten. Die Section des in einem Anfall verstorbenen Kindes ergab eine Vergrösserung der Thymusdrüse. Mehrere, ähnliche Fälle werden von Avellis (122) mitgetheilt, von denen zwei mit Erfolg operirt wurden. Stamm (123) will zwar die Annahme einer Tracheostenosis thymica nicht ganz von der Hand weisen, glaubt aber, dass die Annahme einer Neurose centraler Natur doch mehr Wahrscheinlichkeit habe. —

Winckler (118) hat von der Massage der Kehlkopfschleimhaut bei atrophischen Schleimhauterkrankungen und bei Paresen der Kehlkopfmusculatur keinen Erfolg gesehen.

Medicamente und Instrumente.

Guajacol, in öliger Lösung von Laurens, in alkoholischer von Geronzi benützt, wird von Newcomb (84) als locales Anästheticum (Hals, Nase und Ohr) empfohlen; Enzymol, ein Verdauungspräparat, in den Larynx applicirt, mit der Absicht, das erkrankte Gewebe durch Digestion zum Verschwinden zu bringen und empfohlen von Morris Murray (90); Suprarenalextract (10proc.) bei hyperämischer Laryngitis in den Kehlkopf gespritzt, bewirkt im Augenblick ein starkes Nachlassen der Hyperämie; dieser Erfolg ist aber sehr vorübergehend und die Dauer der Erkrankung wird dadurch nicht abgekürzt: Sargnon (370). — Orthoform in öliger Lösung (1 : 4) empfiehlt Kassel (374) zur Anästhesirung des tuberculösen Kehlkopfes. — Larynxzerstäuber mit graduirter Pipette von Vacher (30); Maulsperrer für Hunde von Cowl (118); schneidende Kehlkopfzange (von oben nach unten und gleichzeitig von vorn nach hinten) von Lake (162); Epiglottisdoppelcurette von Heermann (162).

A. Kuttner.

F. Schilddrüse.

Brian (38) fand, dass die Schilddrüsennerven hauptsächlich vom Halssympathicus und zwar vom 2. Herznerven und mittleren Ganglion kommen und ein Geflecht um die Arterien bilden; einige Fäden kommen von den Keklkopfnerven; im Inneren der Drüse befinden sich Gefässnerven und glanduläre Nerven, letztere

umspinnen die Drüsenacini. Reizungen der Halsnerven ergeben keine Veränderungen in den Drüsenzellen. Der Sympathicus erzeugt vasomotorische Effecte. Nack Hermann Munk (77) ist die Schilddrüse kein lebenswichtiges Organ; nach ihrem Verluste führen Producte des normalen Stoffwechsels, welche das Nervensystem angreifen, keine Vergiftung herbei; die nach Schilddrüsenexstirpation oft beobachtete Cachexie ist nicht durch Ausfall der Drüse bedingt und kann durch künstliche Zufuhr von Schilddrüsensubstanz nicht verhütet und beseitigt werden. Moussu (39) bespricht die Function der Schilddrüse, Mosley (382) den Werth der Schilddrüse; er giebt eine Zusammenstellung der bekannten Thatsachen über ikren Einfluss auf den Stoffwechsel. Red. Mittheilung (382) bespricht den Standpunkt von Munk und Exner, die der Schilddrüse keine so grosse Bedeutung zuschreiben, ferner über Arbeiten von Cyon, Berard und Magnus-Levy, nach welchen die Schilddrüse ein für den Organismus sehr wesentliches Product secernirt. Moussu (39, 200) bespricht die Function der Parathyreoidea. Schöndorff (40) berichtet, dass Fütterung mit Schilddrüse zunächst keinen Einfluss auf den Eiweissstoffwechsel hat; erst wenn das Körperfett auf ein gewisses Minimum gesunken ist, wird auch das Eiweiss angegriffen; nach Aussetzen der Schilddrüsenfütterung tritt wieder der Normalzustand ein, eine erneute Schilddrüsendarreichung bewirkt keine Steigerung der Stickstoffausscheidung. Nach Blum (131) ist die Schilddrüse ein den Körper entgiftendes Organ. A. Exner (39) zeigte, dass nach einseitiger Exstirpation der Schilddrüse und nach Durchschneidung des N. laryng. sup. et inf. der anderen Seite bei Katzen Tetanie auftritt. Nach von Cyon (77, 78) erzeugt beim Kaninchen, Hunde, Pferde Reizung der 3. Wurzel des N. depressor auf reflectorischem Wege Senkung des Blutdrucks mit Beschleunigung der Herzschläge; die vom N. laryng. sup. kommende Wurzel des N. depressor dient hauptsächlich zur Verbindung des Herzens mit der Schilddrüse und gestattet ersterem direct einen Einfluss auf die Function der Schilddrüse. Nach Wormser (40) hält die Schilddrüse im Blute circulirende giftige Stoffwechselproducte in sich zurück und stapelt aus dem Blute das Jod zur Neutralisirung der vorhandenen Giftstoffe auf. Lindemann (78) fand bei an Icterus Verstorbenen Steigerung der Colloidsecretion und sieht darin einen Beweis, dass die Schilddrüse antitoxische Kraft besitzt. Roger und Garnier (383) erzeugten durch Einbringen von Typhusbacillen und Staphylokokken in die Carotis, die in ihrem oberen Theile unterbunden war, Infectionen der Schilddrüse beim Kaninchen; bei der späteren histologischen Untersuchung der Schilddrüse unterschieden sie 3 Formen, welche denen entsprechen, die die Schilddrüse beim Menschen häufig bei Infectionskrankheiten darbietet. Maresch (40) beschreibt congenitalen Defect der Schilddrüse mit vorhandenem Epithelkörperchen. Nach Lépinois (254) hält 1 proc. Formallösung die Schilddrüse frisch, die chemische Zusammensetzung der Drüse wird durch diese Conservirung nicht wesentlich geändert; die Löslichkeit der jodhaltigen Eiweisssubstanzen scheint etwas herabgesetzt zu sein. Digestion der Drüse ist auch nach Einlegung in Formol leicht durchzuführen; Einlegen in Formol hebt auch die therapeutische Wirkung der Thyreoidea nicht auf. Roger und Garnier (309) fanden bei der mikroskopischen Untersuchung der Schilddrüsen Tuberculöser, dass das Bindegewebe Stränge bildet, die das glanduläre

Gewebe durchsetzen; das eigentliche Drüsengewebe ist wenig verändert, zeigt aber doch gewisse Anhäufung von Zellen in den Lobulis, die für functionelle Hyperactivität sprechen. Tuberculöse Processe, Riesenzellen oder Bacillen fanden sich nirgends.

Nach Hallipré (131) kommt im Pubertätsalter Congestion der Schilddrüse mit so starker Volumenzunahme vor, dass durch Compression oder Reizung des Recurrens Kehlkopfkrämpfe, Heiserkeit, Athemnoth entsteht. Jodbehandlung oder Thyroidpräparate schaffen Milderung. Hayem (200), Capitan (256) beschreiben eine Thyroid-Chlorose, die mit Palpitationen, Dysmenorrhoe, Abmagerung complicirt ist; sie heilen dieselbe mit 0,2—0,3 Schilddrüsenextract täglich. Barclay (132), Hagmann (254) beschreiben Fälle von Abscess der Schilddrüse. Heath (200), Lunin (255) theilen Fälle von Schilddrüsencysten mit. Leonhardt (77) behandelt die Bedeutung der Schilddrüse für das Wachsthum im Organismus.

Majewski (200) theilt einen Fall von Strumitis dissecans, Holzmann (41) einen Fall von Struma cystica ossea mit Fistelbildung mit. Goris (200) beschreibt einen Fall von peritrachealem Retrosternalkropf, Reinbach (133) 3 Fälle von accessorischen retrovisceralen Strumen. Baurowicz (248) bespricht einen Fall von Schilddrüsengeschwülsten im Innern des Kehlkopfs und der Luftröhre. Limacher (79) behandelt die Blutgefässendotheliome der Struma, Bufnoir und Milian (79) besprechen einen Fall von Epitheliom der Schilddrüse, das in die Trachea eindrang. Küttner (132) bespricht 2 Fälle von syphilitischem Kropf. Pfeifer (79) veröffentlicht einen Fall von Struma maligna, Hahne (255) einen Fall von Struma carcinomatosa, Tailhefer (309) einen Fall von primärer chronischer cancroformer Entzündnng der Schilddrüse, Jaeger (40) spricht über Strumametastasen.

Grasset (383) fand im Blute von Kropfkranken bei gleichzeitig, aber erst 10—15 Tage bestehender Malaria sphärische Gebilde ohne Kern, die grösser als die rothen Blutkörperchen sind; sie enthalten Körnchen von rothem Pigment und besitzen einen langen, sich freibewegenden Geisselfaden.

Mosse und Cathola (78), Mosse (164) machen Mittheilung von Heilung angeborener Kröpfe bei Säuglingen durch Schilddrüsenernährung der stillenden Mutter; Mosse (310) heilte Kropf bei einem neugeborenen Kinde ferner durch Thyroidbehandlung desselben. Red. Notiz (382) bespricht die Thyroidtherapie, Frank (461) den Gebrauch und die Gefahren der Thyroidtherapie; letztere ist nur bei formeller Indication, sorgfältiger Ueberwachung und langsamem Ansteigen der Dosen einzuleiten. Die Thyroidvergiftung äussert sich in Veränderungen des Urins (Phosphaturie, Azoturie, Glykosurie, Albuminurie, Polyurie), in Schwindel, Zittern, Palpitationen, Athemnoth, Schlaflosigkeit. Schaefer (461) gab bei Kropf eine Mischung von Jod und Jodkali. Red. Notiz (461) beschreibt einen Todesfall nach Injection einer reizenden Lösung in die Kropfgeschwulst. Ferrier (384), Dickson (384) machen Mittheilung über Behandlung des Kropfes. Afanaziew (382) spricht über die Behandlung der Fettsucht mit Thyreoidin Merck, Antonow (382) über die Einwirkung von Thyreoidin. siccat. Merck auf den Stickstoffumsatz bei corpulenten Leuten. Rivière (78) behandelt die Beziehungen zwischen der Einfuhr von Thyreoidtabletten und der Genitalfunction von Gichtikern und bei

Amenorrhoe, Freund (309) die Beziehungen der Schilddrüse zum weiblichen Genitalapparat. Cunningham (130) behandelt den experimentellen Thyroidismus. Brainin (460) fand bei längerer Fütterung von Thieren mit Schilddrüsenpräparaten 0,12—0,4 täglich Herabsetzung der Zahl der rothen Blutkörperchen und zuweilen eine geringe Leukocytose, beim Menschen nach Dosen von 0,2—1,0 Aehnliches; der procentuelle Hämoglobingehalt und das Körpergewicht fällt bei Menschen und Thieren.

Poncet (419) empfiehlt die massive Enucleation des Kropfes. Bérard (255) theilt mit, dass Temperatursteigerung nach partieller Kropfoperation auf das Freiwerden von in der Schilddrüse secernirten fiebererregenden Stoffen während der Operation zurückzuführen ist. Abadie (386) bekämpft die Meinung, dass plötzlicher Tod nach Operationen an der Schilddrüse durch Uebergang von Schilddrüsensecret in die Blutbahn verursacht sei; die Schilddrüse bilde ihr Secret nur dem jeweiligen Bedürfniss entsprechend und könne nicht in einem gegebenen Moment grosse Mengen davon auf einmal abgeben. Wölfler (255) behandelt die operative Dislocation des Kropfes. Boekel (255) veröffentlicht Operationsresultate bei Kropf. Desgleichen Wolfram (255) und Comte (201). Mittheilungen über chirurgische Behandlung des Kropfes machen Schwartz (419), Socin (419), Roux (420), Girard (420), Reverdin (525); Reverdin's Veröffentlichung umfasst das ganze Gebiet der chirurgischen Behandlung des Kropfes mit Ausschluss von Krebs und Basedow'scher Krankheit in so vollständiger Weise, dass dringend auf das Studium des Originals (Rapport au Congrès de Chirurgie de Paris, 17 bis 22. Oct. 1898) hingewiesen wird. Doyen (255) empfiehlt für Behandlung der cystischen Kröpfe die Enucleation, desgleichen Syms (164). Comte (132), Jaboulay (384) behandeln die Exothyropexie; dieselbe entlastet den Hals und führt zur Atrophie des Kropfes; bei suffocatorischen Retrosternalkröpfen und den seitlichen Kröpfen wird die Tracheotomie erspart; man luxirt die Geschwulst aus der Wunde und lässt sie dort.

Fitz (80) beschreibt einen Fall von Myxödem, in dem Thyreoidextract nur vorübergehende Besserung brachte, Korsakow (80) besserte einen Fall von Myxödem bei einem 7monatlichen Kinde durch Darreichung von Thyreoidin in wenigen Tagen. Russow (80) beobachtete einen Fall von Myxödem bei einem $2^1/_2$jähr. Mädchen 221 Tage; die Krankheit wurde durch Schilddrüsenpräparate günstig beeinflusst; das Kind starb an Masern; bei der Section zeigte sich, dass die Schilddrüsen nur rudimentär vorhanden waren.

Koplik (80) giebt an, dass Cretinismus und Hydrocephalus oft zusammengeworfen wird; nur bei reinem Cretinismus sei ein Erfolg von der Schilddrüsenverfütterung zu erwarten. Shields (257) beschreibt einen Fall von Cretinismus nach einem Anfall von acuter Schilddrüsenentzündung.

Coolidge (462), Nihill (385) beschreiben Fälle von Basedow'scher Krankheit. Clarke (461) giebt eine Statistik über die Basedow'sche Krankheit in Jowa. Spink (256) beschreibt zwei Fälle, in denen Verengerung des Muttermundes Ursache der Basedow'schen Krankheit war; allmähliche Dilatation der Stenosis ossis uteri brachte Besserung. Williamson (256) behandelt die Prognose der Basedow'schen Krankheit. Zur Pathogenese der Basedow'schen Krankheit äussert

sich Boinet (385) dahin, dass die Hypersecretion der Schilddrüse und die Vasodilatation ihrer Gefässe ebenso unter dem Einflusse des Centralnervensystems stehen wie die Hyperfunction der Leber, die sich als Diabetes äussert. Die Basedow'sche Krankheit ist primär als Reizungsneurose der Basedow'schen Centren zu betrachten, dazu tritt erst später die Reihe der toxischen Symptome; die secundäre Thyreoidintoxication wirkt dann ihrerseits wieder zurück auf die nervösen Centralorgane. So lässt sich weder eine rein bulbäre, noch eine Schilddrüsentheorie der Basedowschen Krankheit aufstellen, so wenig wie eine rein nervöse oder eine rein hepatische Theorie des Diabetes ausreicht. Die Theorien über die Pathogenese der Basedow'schen Krankheit lassen sich nach Raugé (421) in eine dyscrasische, eine nervöse und eine Thyreoid-Theorie eintheilen: am meisten befriedigend ist nach ihm die Theorie einer Toxämie thyroider Herkunft, deren Ursprung primär im Nervensystem zu suchen ist. Vigouroux (201) behandelt die Pathogenese und Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Desgleichen geben Hutchinson (201), Vaudey (201), Crary (165), Weiller (310, 386), Paulesco (421), Kant (462), Dieulafoy (462) Verordnungen für die Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit basirt nach Raugé (164) auf der Schilddrüsentherapie und der venösen Theorie. Zu letzterer gehören die Eingriffe am Halssympathicus, zu ersterer die Verfütterung von Schilddrüsenproducten oder ihrer antagonistischen Substanzen, ferner die Ligatur der Schilddrüsenarterien oder Operationen an der Schilddrüse selbst; die Sympathicusdurchschneidung wirkt besonders auf den Exophthalmus, die Thyroidectomie auf die cardio-vasculären Störungen. Bei unechtem Basedow empfiehlt Glantenay (461) chirurgische Behandlung, bei echtem Basedow soll erst der Versuch der medicamentösen Behandlung gemacht werden; versagt diese, dann hat man die Wahl zwischen partieller Thyroidectomie und Sympathicectomie. Stokes (386) beschreibt einen Fall von Thyroidectomie bei Basedow'scher Krankheit; Holmes (310), Doyen (311) besprechen die chirurgische Behandlung derselben. Inowe (41) heilte einen Fall von Basedow'scher Krankheit durch die partielle Exstirpation. Gray (165) berichtet über einen Fall von Basedow'scher Krankheit mit Exstirpatien der halben Schilddrüse. Combemale und Gaudier (201) behandeln den Einfluss der Sympathicusresection auf Exophthalmus und Tachycardie. Combemale (256) bespricht die Sympathicusresection bei Basedow'scher Krankheit. Miller (385) betont, dass bei Basedow'scher Krankheit besonders die rechte Seite des Körpers befallen ist; Fitzgerald (385) hält die Tachycardie für ein rechtsseitiges Symptom, weil der rechte Vagus mit der Hemmung des Herzens wahrscheinlich mehr zu thun hat als der linke, da „das Herz bald nach seinem Erscheinen im Embryo nach der rechten Seite hervorragt, wo es mit dem entsprechenden Vagus in Beziehung tritt". Bled (310), Combemale und Gaudier (311), Schwartz (421), Témoin (422), Redact.-Not. (386), Jonnesco (133), Vignard (79), Abadie (462) machen Mittheilung über die Sympathicusresection bei Basedow'scher Krankheit. Marchand (311) schildert das Operationsverfahren bei Resection des Halssympathicus; er macht darauf aufmerksam, dass man die Jugularvene, die man nach Incision der Haut sofort sieht, die Carotis communis und den Vagus isoliren und schonen muss. Nach Jonnesco

(421), der seit 1896 10 Fälle von Basedow'scher Krankheit durch Resection des Halssympathicus behandelte, muss der ganze Halsstrang inclusive der unteren Ganglien, welche die eigentliche Quelle der Acceleration des Herzens und der Vasodilatatoren der Schilddrüse sind, entfernt werden; die Operation ist gutartig. Abadie (422) vertritt bei Besprechung der therapeutischen Indicationen der Resection des Halssympathicus wie schon früher die Theorie von der Reizung der Vasodilatatoren der Schilddrüse als Ursache der Basedow'schen Krankheit. Die Dehnung des Vagus wandte Jaboulay (165) in einem Falle von Epilepsie und in einem Falle von Basedow'scher Krankheit an; durch die Operation sollen die bulbären Reizungserscheinungen gemildert werden.

J. Katzenstein.

G. Oesophagus.

Schäffer (41) unterzieht das Epithel und die Drüsen des Oesophagus einer Untersuchung. — Michel Gaugolphe (81) versuchte an Leichen die Digitalexploration des Oesophagus nach Gastrotomie und Oesophagotomie und fand, dass höchstens 7 cm der Länge nicht abzutasten sind. — Beiträge zur Oesophagotomie liefern Ebstein (41), Kirstein (81), Merkel (82), Hacker (82) und Rosenheim (462). — Kuhn (82) reclamirt die Priorität der Sondirung von Oesophagus, Magen und Eingeweiden mit Spiralsonden.

Fälle von Fremdkörpern veröffentlichen: Baurowicz (3), Koch (343), v. Hacker (82), Gorski (82), Feige (83), Robson (134), Abramow (134), Kanzel und Okladnich (134), Louis (165), er beseitigte eine Kartoffel durch Wasserstoffsuperoxyd, Voron (202), Reboul (202), Pinnana (257), Corper (422), Mc Coy (423), Gangolphe (423), Cabot (463), Vanderveer (463), Mixter (463), Post (463). Die Fremdkörper wurden zum Theil durch Röntgenstrahlen nachgewiesen, theils durch Oesophagotomie, theils per vias naturales entfernt.

Rolleston (257) und Power (257) zeigen Präparate von Hypertrophie der Ringmusculatur des Oesophagus ohne nachweisbare Ursache. — Heinlein (202) sah Speiseröhrenschleimhautnekrose bei Bulbärmeningitis und bei Carcinoma oesophagi als Folge steckengebliebener Speisen. — Janeway (463) beobachtete eine tödtliche Blutung aus cariösen, fingerdicken Venen des Oespohagus. — Eine Verletzung des dislocirten Oesophagus trat bei einer Strumectomie Fontan's (423) ein. Da der Oesophagus beim Schlucken in dem Bestreben, sich gerade zu richten, den Kopf nach der der Dislocation entgegengesetzten Rtchtung drängt, so kann man aus dieser Bewegung einen Schluss auf die Richtung der Dislocation ziehen.

Tendeloo (257) erörtert die Pathologie der Pharynx-Divertikel. — Rosenfeld (41), Reitzenstein (422) und Zahorsky (528) geben Beiträge zur Diagnose der Divertikel. — Diffuse Erweiterungen veröffentlichen Schwörer (528), Westphalen (528) und Boekelmann und van Dam (134). Creswell Baber

(429) stellt einen Fall von Divertikel vor, in dem Butlin eine Strictur nicht für ausgeschlossen hält, Thomson fordert deshalb die Röntgen-Aufnahme nach Einführung zweier Metallsonden zur Sicherung der Diagnose. — Springer (528) stellte ein perforirtes Tractions-Divertikel als Ursache einer Pyämie fest. Butlin (155) heilte 2 Fälle von Divertikeln operativ.

Fälle von Stricturen infolge von Verätzungen publiciren: Ebstein (41) bei 3jähr. Kind, Dilatation; Roemheld (166) retrograde Sondirung; Raventós (267), infolge von Syphilis: Lannois (41), Jaboulaye'sche Sonden. Die Gastrotomie wegen Oesophagusstrictur machte Gilliam (202). — E. Weil und Mauban (423) fanden eine Verbindung des Oesophagus mit einem Aneurysma aortae durch einen engen Gang. — Bei der Sondirung eines durch ein Aortenaneurysma comprimirten Oesophagus erfolgte bei Rigot (423) ein Todesfall. Spastische Stricturen sah Anderson (83) bei Malariakranken. — Bei einem Fall von Oesophaguskrampf von Law (527) hält Fitzgerald ein Ulcus an der Cardia für die mögliche Ursache. — 2 Fälle von Spasmen der Speiseröhre bei Kindern behandelte Wood (528). Russel (83) wandte in 6 Fällen spasmodischer Strictur theils plötzliche, theils allmälige Dilatation an. — Thomson (312) empfiehlt bei der Behandlung der functionellen Dysphagie Bougies. — Coolidge (85) warnt vor der Verwechslung hysterischer Dysphagie mit Krampf; er räth zur Beseitigung etwaiger pathologischer Veränderungen im Pharynx und Larynx.

Die verschiedenen Behandlungsmethoden bei Erkrankungen des Oesophagus erörtert Stadelmann (529).

Permewan (135, 321) entfernte ein Fibromyom des oberen Speiseröhrenabschnittes durch die Pharyngotomia subhyoidea. Der Patient starb an Pneumonie.

Fälle von Carcinoma oesophagi theilen mit: Sendziak (2), Larkin (42), Moore (83), Sano (135), Leichtenstern (166), nach welchem ein Carcinoma oesophagi latent bleibt, wenn ca. 1 cm breites Stück der Schleimhaut intact ist, Griffon und Dartiques (202), Carrel (258), Regler (318), Battle (424) und Williams (427).

Garré (83) resecirte den oberen Theil des Oesophagus, Rehn (166) weist nach, dass die Operation am Brustabschnitt des Oesophagus möglich ist.

E. Meyer.

II. Briefkasten.

Zur Frage der Stellung der Laryngologie bei den internationalen Congressen und ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

Der Schriftführer der Berliner laryngologischen Gesellschaft theilt uns mit, dass die Gesellschaft in ihrer Julisitzung beschlossen hatte, entsprechend dem Antrage ihres Ehrenmitgliedes, Sir Felix Semon, von ihren Mitgliedern eine schriftliche Antwort bezüglich der von demselben in den Leitartikeln der Juni-, Juli- und Augustnummer des internationalen Centralblatts für Laryngologie aufgestellten Fragen einzuholen.

Das Ergebniss der Rundfrage ist folgendes gewesen:

1. Auf die Frage: „Wünschen Sie folgende Resolution? Ja! Nein!

   Mit Berufung auf die Leistungen der Laryngologie im Allgemeinen und bei den internationalen medicinischen Congressen im Besonderen wünscht die Laryngologische Gesellschaft zu Berlin der berechtigten Erwartung und der Forderung Ausdruck zu verleihen, dass bei allen künftigen internationalen Congressen der laryngologischen Specialität die Stellung einer vollen und unabhängigen Section gewahrt werde,

haben mit Ja geantwortet die Herren:

1. Alexander, 2. Beschorner (Dresden), 3. Bresgen (Wiesbaden), 4. Brühl. 5. Bussenius (Halle a. S.), 6. Chiari (Wien), 7. Demme, 8. Derenberg, 9. Echtermeyer, 10. Eliades (Smyrna), 11. Eppstein, 12. Finder. 13. Fränkel, 14. Gerhardt, 15. Grabower, 16. Greiffenhagen (Reval), 17. Hansberg (Dortmund), 18. Herrmann, 19. Herzfeld, 20. Heryng (Warschau), 21. Hinrichs, 22. Hoffmann, 23. Jacobson, 24. Jacoby (Hamburg). 25. Jurasz (Heidelberg), 26. Katzenstein, 27. Kayser (Breslau), 28. Kirstein, 29. Kreilsheimer (Stuttgart), 30. Kronenberg (Solingen), 31. Kuttner, 32. Landgraf, 33. Littaur (Düren), 34 Löwenberg, 35. Meyer, 36. Musehold, 37. Nast, 38. Okada (Tokio), 39. Papanikolau (Constantinopel), 40. Petersen, 41. Peyser, 42. Pieniazek (Krakau), 43. Polyak (Budapest), 44. Reichert, 45. Reuter (Ems), 46. Rosenberg, 47. Rubinstein, 48. Saatz, 49. Scheier, 50. Schötz, 51. v. Schrötter (Wien), 52. Schultzen, 53. Simanowski (St. Petersburg), 54. Stepanow (Moskau), 55. Strübing (Greifswald), 56. Sturmann, 57. Treitel, 58. v. Zander, 59. Zoepffel;

mit Nein die Herren:

1. Beckmann, 2. Dreyfuss (Strassburg i. E.), 3. Flatau, 4. Marcuse, 5. Teichmann, 6. Wehmer.

2. Auf die Frage:

   Sollen die bestehenden Einrichtungen, d. h. das Bestehen je einer selbstständigen und unabhängigen vollen Section für die Laryngologie und Otologie bei den internationalen medicinischen Congressen und ähnlichen Gelegenheiten aufrecht erhalten bleiben? Ja! Nein!

haben mit Ja geantwortet die Herren:

1. Alexander, 2. Beschorner, 3. Bresgen, 4. Brühl, 5. Bussenius, 6. Chiari, 7. Demme, 8. Derenberg, 9. Echtermeyer, 10. Eliades, 11. Eppstein, 12. Finder, 13. Fränkel, 14. Gerhardt, 15. Grabower,

16. Greifenhagen, 17. Hansberg, 18. Herrmann, 19. Herzfeld, 20. Heryng, 21. Heymann, 22. Hinrichs, 23. Hoffmann, 24. Jacobson, 25. Jacoby, 26. Jurasz, 27. Katzenstein, 28. Kayser, 29. Kirstein, 30. Kreilsheimer, 31. Kronenberg, 32. Kuttner, 33. Landgraf, 34. Littaur, 35. Loewenberg, 36. Meyer, 37. Musehold, 38. Nast, 39. Okada, 40. Papanikolau, 41. Petersen, 42. Peyser, 43. Pieniazek, 44, Polyak, 45. Reichert, 46. Reuter, 47. Rosenberg, 48. Rubinstein, 49. Saatz, 50. Scheier, 51. Schötz, 52. Hf. von Schrötter, 53. von Schrötter, 54. Schultzen, 55. Stepanow, 56. Strübing, 57. Sturmann, 58. Treitel, 60. v. Zander

mit Nein die Herren:

1. Beckmann, 2. Dreyfuss, 3. Flatau, 4. Marcuse, 5. Simanowski, 6. Teichmann, 7. Wehmer, 8. Zoepffel.

3. Auf die Frage:

Soll es bei selbstständigem Bestehenbleiben je einer laryngologischen und otologischen Section als eine Instruction für die Organisations-Comités beider Sectionen gelten, dieselben behufs Discussion von Fragen von voraussichtlich gemeinsamem (d. h. rhino-pharyngologischem) Interesse gemeinschaftlich tagen zu lassen, während speciell laryngologische und speciell otologische Dinge in getrennten Sitzungen verhandelt werden? Ja! Nein!

haben mit Ja geantwortet die Herren:

1. Beschorner, 2. Bresgen, 3. Brühl, 4. Bussenius, 5. Chiari, 6. Demme, 7. Derenberg. 8. Echtermeyer, 9. Eppstein, 10. Eliades, 11. Finder, 12. Flatau, 13. Fränkel, 14. Grabower, 15. Greiffenhagen, 16. Hansberg, 17. Herrmann, 18. Herzfeld, 19. Heryng, 20. Heymann, 21. Hinrichs, 22. Hoffmann, 23. Jacobson, 24. Jacoby, 25. Jansen, 26. Jurasz, 27. Katzenstein, 28. Kayser, 29. Kirstein, 30. Kreilsheimer, 31. Kronenberg, 32. Kuttner, 33. Landgraf, 34. Littaur, 35. Loewenberg, 36. Meyer, 37. Musehold, 38. Nast, 39. Okada, 40. Papanikolau, 41. Petersen, 42. Peyser, 43. Polyak, 44. Pieniazek, 45. Reichert, 46. Reuter, 47. Rosenberg, 48. Rubinstein, 49. Saatz, 50. Scheier, 52. Schötz, 53. Hf. von Schrötter, 54. von Schrötter, 55. Schultzen, 56. Stepanow, 57. Strübing, 58. Sturmann, 59. Teichmann, 60. Treitel, 61. Wehmer, 62. v. Zander, 63. Zoepffel.

mit Nein die Herren:

1. Alexander, 2. Beckmann, 3. Gerhardt, 4. Marcuse, 5. Simanowski.

4. Auf die Frage:

Soll die laryngologische mit der otologischen Section in eine einzige combinirte Section verschmolzen werden? Ja! Nein!

haben mit Ja geantwortet die Herren:

1. Beckmann, 2. Davidsohn, 3. Dreyfuss, 4. Flatau, 5. Marcuse, 6. Simanowski, 7. Teichmann, 8. Wehmer;

mit Nein die Herren:

1. Alexander, 2. Beschorner, 3. Bresgen, 4. Brühl, 5. Bussenius, 6. Chiari, 7. Demme, 8. Derenberg, 9. Echtermeyer, 10. Eliades, 11. Eppstein, 12. Finder, 13. Fränkel, 14. Gerhardt, 15. Greiffenhagen, 16. Hausberg, 17. Herrmann, 18. Herzfeld, 19. Heryng, 20. Heymann, 21. Hinrichs, 22 Hoffmann, 23. Jacobson, 24. Jacoby, 25. Jansen,

26. Jurasz, 27. Katzenstein, 28. Kayser, 29. Kirstein, 30. Kreilsheimer, 31. Kronenberg, 32. Kuttner, 33. Landgraf, 34. Littaur, 35. Loewenberg, 36. Meyer, 37. Musehold, 38. Nast, 39. Okada, 40. Papanikolau, 41. Petersen, 42. Peyser, 43. Pieniazek, 44. Polyak, 45. Reichert, 46. Reuter, 47. Rosenberg, 48. Rubinstein, 49. Saatz. 50. Scheier, 51. Schötz, 52. Hf. von Schrötter, 53. von Schrötter, 54. Schultzen, 55. Stepanow, 56. Strübing, 57. Sturmann, 58. Treitel, 59. v. Zander, 60. Zoepffel.

Unbeantwortet haben gelassen:

die Frage 1 die Herren: 1. Davidsohn, 2. Heymann, 3. Jansen, 4. Hf. v. Schrötter;
„ „ 2 „ „ : 1. Davidsohn, 2. Jansen;
„ „ 3 „ „ : 1. Davidsohn, 2. Dreyfuss;
„ „ 4 „ „ : 1. Grabower.

In seinem Begleitschreiben bemerkt Prof. Rosenberg, dass er im Ganzen 129 Fragekarten abgeschickt und 69 Antworten erhalten habe. Den Herren: Aronsohn, Blumenfeld, Hoffmann, Neugass, Scherpff, Moritz Schmidt und Semon, die bereits bei der Versammlung süddeutscher Laryngologen über die Frage abgestimmt hätten (vgl. Centralblatt p. 342), seien Fragekarten nicht zugeschickt worden.

Aus dieser Abstimmung geht hervor, dass die Berliner laryngologische Versammlung mit einer durchschnittlichen Majorität von etwa $^9/_{10}$ der Abstimmenden der Ansicht ist:

1. dass der laryngologischen Specialität bei den internationalen Congressen die Stellung einer vollen, unabhängigen Section gewahrt bleiben solle,

2. dass die laryngologischen und otologischen Sectionen nicht in eine einzige verschmolzen werden sollen,

3. dass es aber als eine Instruction für die Organisationscomités beider Sectionen gelten solle, dieselben behufs Discussion von Fragen von voraussichtlich gemeinsamem (d. h. rhino-pharyngologischem) Interesse gemeinschaftlich tagen zu lassen.

Personalnachrichten.

Gelegentlich der Einweihung des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. ist Prof. Moritz Schmidt zum Ehrenmitglied desselben und zum Geheimen Medicinalrath ernannt worden (Berliner klin. Wochenschrift).

Max Thorner †.

Den „Annales des maladies de l'oreille“ entnehmen wir mit lebhaftem Bedauern die Nachricht, dass unser rühriger Specialcollege, Dr. Max Thorner (Cincinnati) am 27. August in Folge eines Herzleidens plötzlich verschieden ist. Er wurde todt in seinem Badezimmer aufgefunden. — Der Verstorbene, der nur 39 Jahre alt war, hatte 1884 in München promovirt, und war zur Zeit seines Hinscheidens Professor der Laryngologie am medicinisch-chirurgischen Collegium in Cincinnati. Mit seiner literarischen Thätigkeit sind die Leser des Centralblatts vertraut.

Unser Mitarbeiter, Privatdocent Dr. Felix Klemperer, ist von Strassburg i. E. nach Berlin übergesiedelt.

Namen-Register.*)

A.

B.

*) Die fett gedruckten Zahlen hinter den Autornamen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, während die dünn gedruckten auf Citate seiner Ansichten, Theilnahme an Discussionen etc. etc. sich beziehen.

C.

D.

E.

F.

J. I.

K.

L.

S.

T.

U.

V.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Z.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. T. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. Meyer** (Berlin), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **R. Semon** (München), **G. Sentiñon** (Barcelona), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Sechszehnter Jahrgang.

(Januar—December 1900.)

Berlin, 1900.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.



Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, Januar. 1900. No. 1.

I. Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1898.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Deutschland	53	95	56	17	115	14	12	362
Nordamerika	28	101	44	30	68	25	8	304
Grossbritannien und Colonien	18	67	47	19	100	7	15	273
Frankreich	21	68	47	37	39	46	12	270
Belgien und Holland . . .	13	42	21	13	25	1	3	118
Oesterreich-Ungarn	30	19	21	6	32	4	5	117
Russland	9	13	6	29	10	6	2	75
Spanien	1	8	2	3	7	—	4	25
Polen	3	4	2	1	9	1	1	21
Skandinavische Königreiche .	—	4	1	5	7	—	—	17
Schweiz	—	1	3	4	1	1	—	10
Italien	—	—	—	—	—	—	—	—
Zusammen	176	422	250	164	413	105	62	1592

Die Statistik der laryngo-rhinologischen Production des Jahres 1898 weist einen sehr erheblichen Rückgang auf. Wir müssen bis auf das Jahr 1887 zurückgehen (vgl. Centralblatt V, p. 2), um eine so niedrige Gesammtziffer, wie die diesjährige zu finden. Der kürzlich erklärte temporäre Fortfall der italienischen Referate kann dieses Resultat nicht erklären: die Zahl derselben ist schon seit Jahren eine zu kleine gewesen, um einen Einfluss auf das Gesammtresultat auszuüben. Weit auffallender erscheint der enorme Rückgang der Zahl der amerikanischen Arbeiten: von 600 im Jahre 1897 ist sie auf 304, also fast genau auf

die Hälfte heruntergegangen. Aehnlich liegen die Verhältnisse mit den französischen Arbeiten, die von 414 im Jahre 1897 auf 270 im Jahre 1898 heruntergegangen sind. Auch die österreichisch-ungarische Production ist erheblich gefallen (von 196 im Jahre 1897 auf 117 im Jahre 1898). Die anderen Länder sind in ihrer Production entweder stationär geblieben oder haben dieselbe um ein Unbedeutendes vergrössert.

Was die einzelnen Unterabtheilungen unseres Gebietes anbelangt, so ist ein erheblicher Rückgang zunächst in den rhinologischen Arbeiten zu verzeichnen. Von 565 im Jahre 1897 sind sie auf 422 im Jahre 1898 gefallen. Ebenso ist ein bedeutender Rückgang (von 372 auf 250) in den pharyngologischen und in den Arbeiten über Diphtheritis (von 281 auf 168) bemerkbar. In den übrig bleibenden Gebieten (Allgemeines, Kehlkopf, Schilddrüse, Oesophagus) ist die Abnahme entweder gering, oder — wie in den Arbeiten allgemeinen Inhalts — sogar eine geringe Zunahme zu verzeichnen.

Es wäre verfrüht, aus diesem auffallenden Ergebniss allgemeine Schlüsse zu ziehen. Wir müssen abwarten und sehen, ob das Ergebniss des Jahres 1899 ein ähnliches sein wird, oder ob es sich im Jahre 1898 um einmalige Zufälligkeiten gehandelt hat.

II. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente etc.

1) **E. Fletcher Ingals. Die Laryngologie in Amerika. (Laryngology in America.)** *Journal of the Americ. Med. Assoc. 3. Juni 1899.*

Ein kurzer Ueberblick über die auf laryngologischem Gebiete in Amerika während der letzten 50 Jahre geleistete Arbeit.

EMIL MAYER.

2) **Spira** (Krakau). **Sammelbericht über Arbeiten aus der polnischen Literatur aus dem Gebiete der Nasen-, Hals-, Kehlkopf- und Ohrenkrankheiten.** *Wiener klin. Rundschau. No. 29. 1899.*

Auszugsweise Zusammenstellung einiger Arbeiten, die anderweitig referirt werden.

CHIARI.

3) **Méneau. Ein Fall von Argyrie der Haut und der Schleimhäute nach wiederholten Aetzungen des Rachens mit Höllenstein. (Un cas d'argyrie de la peau et des muqueuses consécutive à des cautérisations répétées de l'arrière gorge par le nitrate d'argent)** *Arch. internat. de laryngol. etc. No. 1. 1899.*

Der Kranke ist 73 Jahre alt. Die Stirn ist ganz dunkel, die Brust nur wenig

heller gefärbt. Auch die Mund- und Rachenschleimhaut zeigt eine graue Verfärbung. An einem Schleimpolyp in der Nase sind schwärzliche Granulationen zu sehen, in denen chemisch Spuren von Silber nachweisbar sind. E. J. MOURE.

4) **Menzel** (Wien). **Ueber Argyrose.** Aus der III. med. Klinik. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 20. 1899.*

Ein Patient wurde durch $9^1/_2$ Jahre wegen chronischer Pharyngitis und Laryngitis local mit 5—10proc. Lösung von Argent. nitric. gepinselt. Intern nahm Pat. kein Silberpräparat. Es zeigte sich eine graue Färbung der Schleimhaut des Nasenrachenraumes, des Rachens und des Kehlkopfes, sowie eine bleigraue Verfärbung jener Hautpartien, welche beständig dem Lichte ausgesetzt sind. Auch haben die Sclerae und Conjunctivae palpebrarum einen Stich ins Graue. Die Gesichtsfarbe wechselt mehrmals im Tage von dunkel- bis hellgrün. Eine interessante Eigenthümlichkeit ist das Auftreten nervöser Abstinenzerscheinungen, die sich geltend machen, wenn Pat. längere Zeit nicht mit dem Silbersalpeter in Berührung kommt. CHIARI.

5) **A. Alexander. Das Protargol in der rhino-laryngologischen Praxis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 113. 1899.*

A. berichtet über die Erfahrungen, die in der Berliner Universitäts-Poliklinik mit dem Protargol gemacht wurden. Bei Angina, Pharynxmykose, bei tuberkulösen und anderen Geschwüren erwies sich dasselbe als wirkungslos. Dagegen brachte es Nutzen bei chronischem Rachenkatarrh (Pinselung mit 1proc. Lösung), bei der chronischen Laryngitis der Sänger und besonders bei der Behandlung der Empyeme. In letzterer Hinsicht schreibt ihm A. eine besondere Bedeutung zu; er kennt „kein Medicament, welches eine einfache uncomplicirte Schleimhauteiterung, speciell die Eiterung der Kieferhöhlenschleimhaut, so prompt beseitigt, wie das Protargol.“ — Auch beim Heuschnupfen leistete das Protargol gute Dienste; A. empfiehlt statt des Sprays Massage der Nasenschleimhaut mit $^1/_2$—5proc. Lösung.

F. KLEMPERER.

6) **Baumgarten** (Budapest). **Das Phenolum natro-sulforicinicum in der Rhino-Laryngologie.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 35. 1899.*

B. berichtet über sehr gute Erfolge mit der Anwendung obigen Mittels bei der Ozaena. Weniger günstige Resultate erzielte er bei Tuberculose und Papillombildung. CHIARI.

7) **Walter A. Wells. Der Werth des Thiols in der Nasen- und Halspraxis. (The value of Thiol in nose and throat practice.)** *Philad. Medical Journal. 15. April 1899.*

Verf. gebrauchte Thiol 10proc. oder als 2proc. Spray bei acuter Pharyngitis und Tonsillitis. Er hält es für besonders wirksam bei gichtischen und rheumatischen Halsaffectionen und rühmt seine adstringirenden, antiseptischen und schmerzstillenden Eigenschaften. EMIL MAYER.

die Hälfte heruntergegangen. Aehnlich liegen die Verhältnisse mit den französischen Arbeiten, die von 414 im Jahre 1897 auf 270 im Jahre 1898 heruntergegangen sind. Auch die österreichisch-ungarische Production ist erheblich gefallen (von 196 im Jahre 1897 auf 117 im Jahre 1898). Die anderen Länder sind in ihrer Production entweder stationär geblieben oder haben dieselbe um ein Unbedeutendes vergrössert.

Was die einzelnen Unterabtheilungen unseres Gebietes anbelangt, so ist ein erheblicher Rückgang zunächst in den rhinologischen Arbeiten zu verzeichnen. Von 565 im Jahre 1897 sind sie auf 422 im Jahre 1898 gefallen. Ebenso ist ein bedeutender Rückgang (von 372 auf 250) in den pharyngologischen und in den Arbeiten über Diphtheritis (von 281 auf 168) bemerkbar. In den übrig bleibenden Gebieten (Allgemeines, Kehlkopf, Schilddrüse, Oesophagus) ist die Abnahme entweder gering, oder — wie in den Arbeiten allgemeinen Inhalts — sogar eine geringe Zunahme zu verzeichnen.

Es wäre verfrüht, aus diesem auffallenden Ergebniss allgemeine Schlüsse zu ziehen. Wir müssen abwarten und sehen, ob das Ergebniss des Jahres 1899 ein ähnliches sein wird, oder ob es sich im Jahre 1898 um einmalige Zufälligkeiten gehandelt hat.

II. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente etc.

1) **E. Fletcher Ingals. Die Laryngologie in Amerika. (Laryngology in America.)** *Journal of the Americ. Med. Assoc. 3. Juni 1899.*

Ein kurzer Ueberblick über die auf laryngologischem Gebiete in Amerika während der letzten 50 Jahre geleistete Arbeit.

EMIL MAYER.

2) **Spira** (Krakau). **Sammelbericht über Arbeiten aus der polnischen Literatur aus dem Gebiete der Nasen-, Hals-, Kehlkopf- und Ohrenkrankheiten.** *Wiener klin. Rundschau. No. 29. 1899.*

Auszugsweise Zusammenstellung einiger Arbeiten, die anderweitig referirt werden.

CHIARI.

3) **Méneau. Ein Fall von Argyrie der Haut und der Schleimhäute nach wiederholten Aetzungen des Rachens mit Höllenstein. (Un cas d'argyrie de la peau et des muqueuses consécutive à des cautérisations répétées de l'arrière gorge par le nitrate d'argent)** *Arch. internat. de laryngol. etc. No. 1. 1899.*

Der Kranke ist 73 Jahre alt. Die Stirn ist ganz dunkel, die Brust nur wenig

heller gefärbt. Auch die Mund- und Rachenschleimhaut zeigt eine graue Verfärbung. An einem Schleimpolyp in der Nase sind schwärzliche Granulationen zu sehen, in denen chemisch Spuren von Silber nachweisbar sind. E. J. MOURE.

4) **Menzel** (Wien). **Ueber Argyrose.** Aus der III. med. Klinik. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 20. 1899.*

Ein Patient wurde durch $9^1/_2$ Jahre wegen chronischer Pharyngitis und Laryngitis local mit 5—10proc. Lösung von Argent. nitric. gepinselt. Intern nahm Pat. kein Silberpräparat. Es zeigte sich eine graue Färbung der Schleimhaut des Nasenrachenraumes, des Rachens und des Kehlkopfes, sowie eine bleigraue Verfärbung jener Hautpartien, welche beständig dem Lichte ausgesetzt sind. Auch haben die Sclerae und Conjunctivae palpebrarum einen Stich ins Graue. Die Gesichtsfarbe wechselt mehrmals im Tage von dunkel- bis hellgrün. Eine interessante Eigenthümlichkeit ist das Auftreten nervöser Abstinenzerscheinungen, die sich geltend machen, wenn Pat. längere Zeit nicht mit dem Silbersalpeter in Berührung kommt. CHIARI.

5) **A. Alexander. Das Protargol in der rhino-laryngologischen Praxis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 113. 1899.*

A. berichtet über die Erfahrungen, die in der Berliner Universitäts-Poliklinik mit dem Protargol gemacht wurden. Bei Angina, Pharynxmykose, bei tuberkulösen und anderen Geschwüren erwies sich dasselbe als wirkungslos. Dagegen brachte es Nutzen bei chronischem Rachenkatarrh (Pinselung mit 1proc. Lösung), bei der chronischen Laryngitis der Sänger und besonders bei der Behandlung der Empyeme. In letzterer Hinsicht schreibt ihm A. eine besondere Bedeutung zu; er kennt „kein Medicament, welches eine einfache uncomplicirte Schleimhauteiterung, speciell die Eiterung der Kieferhöhlenschleimhaut, so prompt beseitigt, wie das Protargol.“ — Auch beim Heuschnupfen leistete das Protargol gute Dienste; A. empfiehlt statt des Sprays Massage der Nasenschleimhaut mit $^1/_2$—5proc. Lösung.

F. KLEMPERER.

6) **Baumgarten** (Budapest). **Das Phenolum natro-sulforicinicum in der Rhino-Laryngologie.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 35. 1899.*

B. berichtet über sehr gute Erfolge mit der Anwendung obigen Mittels bei der Ozaena. Weniger günstige Resultate erzielte er bei Tuberculose und Papillombildung. CHIARI.

7) **Walter A. Wells. Der Werth des Thiols in der Nasen- und Hal praxis. (The value of Thiol in nose and throat practice.)** *Philad. Medical Journal. 15. April 1899.*

Verf. gebrauchte Thiol 10proc. oder als 2proc. Spray bei acuter Pharyngitis und Tonsillitis. Er hält es für besonders wirksam bei gichtischen und rheumatischen Halsaffectionen und rühmt seine adstringirenden, antiseptischen und schmerzstillenden Eigenschaften. EMIL MAYER.

8) **Goldmann. Der therapeutische Werth des Tannoform.** *Wiener med. Presse. No. 9 u. 10. 1899.*

Auch bei chronischem Katarrh der oberen Luftwege soll sich Tannoform in Pulverform und in Lösung gut bewähren.

CHIARI.

9) **Albertin** (Lyon). **Intoxication bei der chirurgischen Anwendung des Orthoforms. (Intoxications produites par l'emploi chirurgical de l'orthoforme.)** *Société de Chirurgie de Lyon. 9. März 1899.*

Alle bisherigen Publicationen proclamiren die vollständige Unschädlichkeit des Orthoforms. Nach A.'s Erfahrungen scheint es aber, als ob diese optimistische Anschauung der Revision bedarf und als ob auch das Orthoform üble Zufälle herbeiführen könne. Die Intoxicationserscheinungen, die A. beobachtete, sind Temperatursteigerung, Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, Uebelkeit und Erbrechen. Das bemerkenswertheste Symptom aber war ein Erythem von weinrother Farbe, das in isolirten oder confluirenden, leicht hervorragenden Flecken auftrat.

A.'s Beobachtungen sind spärliche und mögen ausnahmsweise sein; sie genügen aber, zu einer gewissen Vorsicht im Gebrauch des Orthoforms anzuregen.

PAUL RAUGÉ.

10) **K. Franz. Acute Jodvergiftung.** Wissenschaftl. Verein der k. u. k. Militärärzte in Wien, Versammlung am 7. Januar 1899. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 23. 1899.*

Nach 2 g Jodnatrium. Die Ursache dürfte in der Unfähigkeit der krankhaft veränderten Nieren, Jod zu eliminiren, zu suchen sein; es bestand u. A. eine Nephritis chronica interstitialis, Hypertrophia et dilatatio cordis, Hydrops ascites, Pericarditis serofibrinosa, Cirrhosis hepatis.

CHIARI.

11) **Henry L. Swain. Die locale Anwendung von wässrigem Extract von Schafsnebennieren in Nase und Hals. (The local use of the aqueous extract of the suprarenal glands of the sheep in the nose and throat.)** *N. Y. Med. Journal. 24. December 1898.*

Vergl. den Verhandlungsbericht der 20. Jahresversammlung der American Laryngological Association (Centralbl. XV, H. 11, S. 539).

LEFFERTS.

12) **A. C. Wood. Der therapeutische Werth der Nebennieren. (The therapeutic value of the suprarenal bodies.)** *Philad. Med. Journal. 1. April 1899.*

W. hält es für definitiv erwiesen, dass das Suprarenalextract ein directes Stimulans für das Herz oder die Blutgefässe oder für beides ist.

EMIL MAYER.

13) **H. J. Hewes. Die therapeutische Verwendung der Nebennierensubstanz. (Therapeutic use of suprarenal substance.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 1. Juni 1899.*

Verf. applicirte das Nebennierenextract mit Cocain auf die Schleimhaut vor Operationen am Nasenseptum u. ähnl. und erzielte eine absolute Blutleere und vollständige Anaesthesie der Theile für 1—2 Stunden. Ueble Nebenwirkungen wurden nicht constatirt.

EMIL MAYER

14) **W. Scheppegrell. Die Schleich'sche Methode der Narkotisirung mit besonderer Bezugnahme auf die Hals-, Nasen- und Ohrenpraxis. (The Schleich method of general anaesthesia with special reference to nose, throat and ear practice.)** *Memphis Lancet. März 1899.*

Verf. erwähnt einen Fall, bei dem er eine Operation am Ohre unter Schleich-scher Narkose vorgenommen hat. Alle bisherigen Berichte sind soweit ermuthigend. (Und doch ist die allgemeine Meinung dem Gebrauch der Methode entgegen.)

EMIL MAYER.

15) **M. Mercier. Die allgemeine Technik der Cocainanästhesie. (Technique générale de l'anesthésie cocainique.)** *L'Union Médicale de Canada. 1899.*

Die Contraindicationen gegen den Gebrauch von Cocain sind dieselben, die für das Chloroform gelten. Bei Nasenbluten gebraucht Verf. mit Nutzen einen in 1—2proc. Lösung getauchten Tampon.

EMIL MAYER.

16) **W. Koster** (Leiden). **Ueber die schädliche Wirkung von Murias cocaini. (Over de schadelyke werking der murias cocaini.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. S. 621. 1899.*

Es ist hier nur von dem Gebrauch des Cocain in der Augenheilkunde die Rede.

H. BURGER.

17) **Clarence G. S. Godfrey** (Melbourne Victoria). **Cocainomanie. (Cocainomania.)** *Australasian Medical Gazette. 20. April 1899.*

G. beobachtete eine Reihe von Patienten, die sich den Cocaingebrauch theils zur Entwöhnung von Morphinismus, theils durch den Spray, den sie wegen häufig wiederkehrender Coryza gebrauchten, angewöhnt hatten. Er beschreibt die geistigen Symptome und die körperlichen Degenerationserscheinungen, die der Cocainismus im Gefolge hat. Die sofortige Entziehung des Mittels hält er für besser, als die allmähliche Reduction der Gaben. Zur Bekämpfung der Depression empfiehlt er Heissluftbäder und Spartein. sulfuricum.

A. J. BRADY.

18) **Bardet. Anästhesie durch Cocain in Aethylchlorid. (Anesthésie par le chlorure d'éthyle cocainé.)** *Société de Therapeutique. 11. Januar 1899.*

B. empfiehlt zur Anaesthesirung eine Lösung von Cocain (2—4 pCt.) in Aethylchlorid. Dieselbe wird mittelst Tampon applicirt oder eingestäubt. Man erzielt damit eine vollkommene Anaesthesie, die für kleine Operationen ausreicht. Nach B. handelt es sich dabei nicht einfach um eine Combination des Erfrierungseffectes des Aethylchlorids mit der analgesirenden Wirkung des Cocains. Er glaubt vielmehr, dass das Aethylchlorid das Eindringen des Cocains in die Gewebe gestattet und nach seinem Verdunsten ein Depot von Cocain in den oberen Schichten der Schleimhaut zurücklässt, welches langsam auf die Nervenendigungen einwirkt. Die neue Lösung hat nach B. weder die Gefahren der interstitiellen Cacaininjection an sich, noch ist sie so unzureichend in ihrer Wirkung, wie die einfache Aufpinselung einer wässrigen Lösung.

Bolognesie und Touchard haben Bardet's Verfahren mit dem besten Erfolge geprüft.

Eucain an Stelle des Cocains hat weniger gute Resultate gegeben.

PAUL RAUGÉ.

19) **Ceci** (Pisa). **Die locale Anästhesie durch Cocain combinirt mit Morphium. (De l'anesthesie locale par la cocaine combinée avec l'action générale de la morphine.)** *Semaine médicale. 8. Februar 1899.*

Der Verf., der eine etwas übertriebene Scheu vor der allgemeinen Narkose zu haben scheint, sucht die Anwendung der Cocaininjectionen zur localen Anaesthesirung zu verbessern. Er injicirt einige Minuten vor dem Cocain an derselben Stelle Morphin subcutan und zwar 0,01 bei jungen Personen, bei Erwachsenen bis 0,03 g. (Er wendet übrigens selten Morphium unter 18 Jahren an.) Die Cocainlösung ist $^1/_{200}$. Die Dauer der Anaesthesie ist $^1/_2$ Stunde, bisweilen 40—50 Minuten. Bei den geringen Cocaindosen, die er giebt, hat Verf. niemals üble Nebenwirkungen gesehen.

PAUL RAUGÉ.

20) **J. Guttmann. Holocain als locales Anästheticum bei Augen-, Ohr-, Nasen- und Hals-Operationen. (Holocain as a local anaesthetic in eye, ear, nose and throat operations.)** *New Yorker Medic. Monatsschrift. März 1899. N. Y. Med. Journal. 17. Juni 1899.*

Das Holocain ersetzt zwar das Cocain an Werth nicht, aber es hat doch seine Vorzüge, indem es die Gewebe nicht zur Contraction bringt und zweitens keine ernsteren constitutionellen Störungen verursacht.

EMIL MAYER.

21) **G. Milian. Locale Anästhesie durch cocainhaltiges Aethylchlorid. (Anesthésie locale par le chlorure d'éthyle cocainé.)** *Presse méd. 21. März 1899.*

M. bestätigt in allem die Bardet'schen Angaben. Die Lösung von Cocain in Aethylchlorid in Verhältniss 1 : 5 wird in Tuben analog dem blossen Aethylchlorid aufbewahrt. Die Anästhesie tritt nach 5—6 Minuten ein.

PAUL RAUGÉ.

22) **C. Jonas. Dauerlösung von Cocain. (Permanent Cocain-Solution.)** *Gaillard's Med. Journal. Mai 1899.*

Die folgende Lösung hält sich 2 Monate ohne Veränderung:

Cocain. hydrochlor. 0,25
Aqua destill. 10,00
Acid. salicyl.
Acid. carbol. ana 0,01

EMIL MAYER.

23) **Legrand. Sterilisation von Cocainlösungen. (Sterilisation des solutions de cocaine.)** *Société de Therapeutique. 8. Februar 1899.*

Die Lösung wird 10—15 Minuten dem Dampf von 105—120° ausgesetzt; dabei wird sie zuverlässig sterilisirt, ohne an ihrer anästhesirenden Wirksamkeit die die geringste Einbusse zu erleiden.

PAUL RAUGÉ.



b. Nase und Nasenrachenraum.

24) **Baldewein** (Rostock). **Die Rhinologie des Hippokrates.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. 28.*

Die hippokratischen Schriften enthalten, wie in andern Capiteln, so auch in den rhinologischen neben vielen Irrthümern und Unklarheiten, manche vortrefflichen Beobachtungen und Beschreibungen. Verf. weist das besonders an dem nach, was H. über die Nasenpolypen und über die Fracturen der Nase sagt. Mehrere instructive Abbildungen erleichtern das Verständniss der therapeutischen Massnahmen des Hippokrates. ZARNIKO.

25) **Zarniko** (Hamburg). **Die Untersuchung der Nase.** *Die Heilkunde. Heft 12. 1899.*

Genaue Anleitung für den praktischen Art. CHIARI.

26) **G. J. W. Patrick. Verwirrung von Geschmack und Geruch. (Confusion of tastes and odors.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 26. Juni 1899.*

P. fand an Personen mit Anosmie, dass die Ausbildung des Geschmacksinns sie manche Dinge zu unterscheiden lehrt, die sonst von ihnen nicht erkannt werden. Er stellte experimentell fest, dass sowohl Geruch, wie auch Gesicht, Gefühl und Temperatursinn in Verbindung mit dem Geschmackssin geübt werden müssen, um die grösstmögliche Wahrnehmungsfähigkeit zu entwickeln. EMIL MAYER.

27) **Reuter** (Ems). **Neuritis olfactoria. (Erkrankungen des Riechganglion.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. IX. H. 2. S. 147.*

R. stellt aus der Literatur und seinen eigenen Beobachtungen die Fälle zusammen, in denen es vom klinischen Standpunkt aus gerechtfertigt erscheint, Alterationen des Geruchs auf Erkrankungen des Riechganglion zu beziehen. Um den reichen Inhalt der Arbeit zu kennzeichnen, genügt die Angabe der einzelnen Kapitelüberschriften: 1. Die Neuritis olfactoria bei Influenza. 2. Die Neuritis olfactoria bei Tabes dorsalis. 3. Intoxicationsanosmien (Tabak, Cocain, Quecksilber, Blei, Morphium, Schwefelkohlenstoff und Schwefeläther.) 4. Ueberreizung des Olfactorius durch starke Riecheindrücke. 5. Pigmentatrophie der Regio olfactoria. 6. Die angeborene Anosmie. 7. Die senile Anosmie. 8. Verletzungen des Riechganglion. 9. Basalerkrankungen. F. KLEMPERER.

28) **D. Braden Kyle. Bakterien in der Nase und ihre Beziehung zu Erkrankungen. (Nasal bacteria. The relation they bear to disease.)** *Journ. of the Americ. Med. Assoc. 10. Juni 1899.*

Verf. hat über 200 Impfungen mit Nasenbakterien angestellt, ohne dass er bestimmte Schlüsse zu ziehen vermag. Meist finden sich wohl Bakterien in der Nase, indessen hat auf ihr Vorhandensein oder Fehlen, besonders aber auf ihre Menge und Art die Umgebung des betreffenden Individuums doch den grössten Einfluss.

Bei sehr vielen pathologischen Processen an den Schleimhäuten der oberen Luftwege spielen die Bakterien nur eine ganz secundäre Rolle. Wo in der Nase Sekrete und Staub sich anhäufen, wo aus irgend einer Ursache die normale Vitalität und Widerstandskraft der Gewebe herabgesetzt ist, da bilden die veränderten und aufgehäuften Secrete den geeigneten Boden für die Wucherung der Bakterien.

EMIL MAYER.

29) **Bergeat. Scheinbar intranasale Geräusche.** *Münchner med. Wochenschrift. No. 13. 1899.*

Nicht selten beruhen die von Patienten geklagten knisternden Geräusche in der Nase auf Fortleitung von den Bronchien, die katarrhalisch erkrankt und mit Schleim erfüllt sind.

SCHECH.

30) **Kamm** (Breslau). **Ueber den gegenwärtigen Stand der Therapie der wichtigsten Nasenkrankheiten.** *Aerztl. Centralanzeiger. No. 4. 1899.*

Unvollständige und nichts Bemerkenswerthes bringende Zusammenstellung einiger therapeutischer Maassnahmen bei einigen Nasenerkrankungen.

CHIARI.

31) **A. Losew. Fall von Septicopyämie in Folge von Nekrose der Knochen der Nasenhöhle. (Slutschai septicopiemii wsledswii necrosa kostei nosowoi polosti)** *Chirurgia. Bd. V. No. 26. 1899.*

Die Patientin litt an Necrose der Nasenknochen bereits seit 4 Jahren. Daher ist auch der Zusammenhang zwischen der präsumirten Ursache und der Sepsis durchaus nicht einwandsfrei.

P. HELLAT.

32) **Schlagenhaufer** (Wien). **Ein Fall von cystischer Entartung der Schleimhaut der Nase und ihrer Nebenhöhlen.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 35. 1899.*

Pathologisch-anatomische Beobachtung. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: Meningitis suppurativa und Thrombophlebitis des Sinus longitudinalis nach Entzündung der Schleimhaut der Kieferhöhle, der Nase, beider Highmorshöhlen und der Siebbeinzellen — Cysten am Zungengrund, Kehldeckelstiel, Pharynx im linken unteren Augenlid — Lobulärpneumonie. Durch die Cysten der Keilbeinmucosa rechterseits wurde das Ostium sphenoidale verlegt, es kam zur Stauung des Secretes mit bedeutender Erweiterung der Keilbeinhöhle. Unter anderem bemerkt Sch. bezüglich der Drüsen der Nasenschleimhaut, dass dieselben wenigstens zum Theil gemischte Drüsen seien, die ein schleimiges und ein seröses Sekret liefern in ziemlich gleichem Mengenverhältnisse. Auch die Drüsen der Schleimhaut der Nasennebenhöhlen seien gemischte Drüsen, jedoch mit vorwiegend serösem Secretionsproduct.

CHIARI.

33) **O. A. M. Mc Kimmie. Nasenerkrankung als ursächlicher Factor von Augenkrankheiten. (Nasal disease as a causative factor in disease of the eye.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 12. Mai 1899.*

Die Arbeit beweist den Zusammenhang beider Erkrankungsgruppen nicht.

EMIL MAYER.



34) **Rischawy** (Wien). **Ein Beitrag zur Lehre von den Beziehungen zwischen chronischen Thränenschlauchleiden und Nasenerkrankungen.** *Wiener klinische Rundschau. No. 8. 1899. Wiener klin. Wochenschr. No. 11. 1899.*

R. fand nach einigen Untersuchungen, dass auch eine hypertrophische mittlere Muschel im Stande ist, eine direkte Compression des Ductus zu verursachen und will damit das Augenmerk diesbezüglich auch auf die mittlere Muschel lenken.

CHIARI.

35) **Redact. Notiz. Nasale Behandlung als Ursache von Ohrenerkrankung. (Nasal treatment as a cause of ear disease.)** *Charlotte Medical Journal. Januar 1899.*

Man soll die Sprays und Douchen nicht fortgebrauchen wegen ihrer Gefahr für das Ohr.

EMIL MAYER.

36) **William C. Krauss. Ueber die enge Beziehung zwischen Nasen- und Schädelhöhle als Ursache von Gehirnerkrankung. (On the close relationship between the nasal and cranial cavities as a cause of brain disease.)** *N. Y. Med. Journal u. N. Y. Med. Record. 4. Februar 1899. The Amer. Medical Quarterly. Juni 1899.*

Verf. erwähnt die geistige Depression, die man bei nasaler Verstopfung beobachtet und glaubt, dass die Luftströmung und -Erneuerung in den oberen Theilen der Nasenhöhle ein wesentliches Moment ist, das entweder durch seine Wirkung auf die durch die Foramina cribrosa gehenden Blutgefässe oder durch die Osmose des Sauerstoffs die Stirnlappen direct beeinflusst. Was die Infectionen anlangt, so hält er die Entstehung der epidemischen Meningitis von der Nase aus für längst bewiesen. Er räth, den Kindern die tägliche Waschung der Nase als einen nothwendigen Theil der Toilette anzugewöhnen.

EMIL MAYER.

37) **William Milligan** (Manchester). **Einige Beobachtungen zur Pathologie der intracraniellen Eiterung otitischen und rhinitischen Ursprungs. (Some observations upon the pathology of intracranial suppuration of otitic and rhinitic origin.)** *The Medical Chronicle. Januar 1899.*

Nachdem Verf. die Pathologie der vom Ohre ausgehenden intracraniellen Eiterung ausführlich besprochen hat, wendet er sich zu den im Verlauf der chronischen Empyeme der Stirnhöhlen, Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle vorkommenden intracraniellen Complicationen. Degeneration der Schleimhaut, Bloslegung des Knochens mit Ulceration und bisweilen Perforation desselben ist gefolgt von Meningitis, extraduralem Abscess, Stirnlappenabscess oder Thrombose des Sinus cavernosus. Auf der anderen Seite können pathogene Keime innerhalb der Gefässe oder durch die perivasculären Kanäle ohne jede Erosion des Knochens sich ausbreiten. Die unvollkommene Drainage begünstigt die Retention des Eiters im Siebbeinlabyrinth und die enge Nachbarschaft des Lamina cribrosa begünstigt an dieser Stelle wieder die Infection der Schädelhöhle. In einem Falle des Verf.'s entstand ein Stirnlappenabscess nach Stirnhöhlenempyem, während in einem zweiten Falle basale Meningitis und septische Thrombose sich anschloss.

A. LOGAN TURNER.



38) **C. L. Gibson** (New York). **Empyem der Stirnhöhlen und intracranielle Infection. (Empyema of the frontal sinuses and intracranial infection.)** *Amer. Journal Med. Sciences. März 1899. Therapeutic Gazette. 15. Mai 1899.*

32jähriger Mann suchte den Verf. am 20. Februar 1897 auf mit Symptomen von Seiten der Nasen- und Stirnhöhlen, die seit 3 Jahren bestanden. Vor 2 Jahren war die linke Stirnhöhle trepanirt und durch eine äussere Oeffnung drainirt worden. Der Patient klagt jetzt über beständigen Stirnkopfschmerz und über einen störenden Ausfluss aus der Stirnhöhle. G. eröffnete den linken Sinus und drainirte gleichzeitig den rechten, indem er die Scheidewand zwischen beiden durchbrach; der Eiter in der rechten Höhle hatte unter beträchtlicher Spannung gestanden. Von der linken Höhle aus wurde eine Hartgummiröhre nach der Nase zu eingelegt und eine Irrigation vorgenommen. Zwei Tage nach der Operation stellte sich Meningitis ein, nach 9 Tagen starb der Patient. Die Section ergab basale Meningitis; die hintere Wand der rechten Stirnhöhle fehlte ganz, die Oeffnung derselben war nahezu rundlich, ihre Knochenränder glatt und wohl begrenzt. Die Dura dahinter war verdickt und mit Granulationen bedeckt. Die Lamina cribrosa war theilweise cariös. Die hintere Wand der linken Stirnhöhle war an zwei Stellen perforirt. — Verf. bespricht die Defecte der hinteren Sinuswand, die sich durch a) Erosion durch die chronische Eiterung, b) Osteomyelitis oder c) einen congenitalen Defect erklären lassen. Bezüglich der rechten Stirnhöhle neigt er im vorliegenden Falle zu der letztgenannten Erklärung.

A. LOGAN TURNER.

39) **Walker Downie. Stirnhöhlenentzündung; Bericht über einige illustrative Fälle. (Frontal sinusitis; with several illustrative cases.)** *Glasgow Medical Journal. Mai 1899.*

Verf. berichtet über 5 Fälle von Stirnhöhlenempyem. Er drainirt die eröffnete Höhle nicht nach der Nase zu, sondern stopft sie mit Cyanidgaze aus, vernäht die äussere Wunde und führt einen Streifen der Gaze durch eine Gegenöffnung nahe am inneren Augenwinkel nach aussen. Die Tampons bleiben 7 bis 14 Tage liegen. Die Fälle wurden alle geheilt.

A. LOGAN TURNER.

40) **Adolph O. Pfingst. Erkrankung der Stirnhöhle. (Disease of the frontal sinus.)** *Med. Age. 10. März 1899.*

Vorstellung eines Falles. Aus der Anamnese ist die syphilitische Infection bemerkenswerth. Es wurde von aussen operirt.

EMIL MAYER.

41) **F. Fehleisen. Empyem der Stirnhöhle. (On empyema of the frontal sinus.)** *Pacific Record of Medicine and Surgery. 1899. Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1899.*

F. entfernt die ganze vordere Wand und in den meisten Fällen auch den Boden. Die Wunde heilt sehr schnell mit gutem kosmetischen Effect.

EMIL MAYER.

42) **Arnold H. Knapp. Ein Fall von ausgedehntem chronischen Empyem der Stirn- und Siebbeinhöhlen mit Exophthalmus; Heilung durch Operation. (A case of extensive chronic empyema of the frontal and ethmoidal sinuses with**

exophthalmos; operation and recovery.) *Archives of Ophthalmology. Januar 1899.*

Die Operation wurde nach der von Jansen angegebenen Methode durchgeführt.

EMIL MAYER.

43) **W. A. Martin. Ein Fall von Empyem der Stirnhöhle. (A case of empyema of the sinus frontalis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1899.*

Operation von aussen und Heilung.

EMIL MAYER.

44) **A. L. Kenny** (Melbourne Victoria). **Golovine's osteoplastische Operation an der Stirnhöhle. (Golovine's osteo-plastic operation on the frontal sinus.)** *Australian Medical Gazette. 20. Januar 1899.*

K. beschreibt die Operation, die er an einer 28jährigen Patientin mit Eiterung der rechten Stirnhöhle ausführte. Nach Durchschneidung und Zurückklappen der Weichtheile wurde Periost und Knochen in einem Bogenschnitt, dessen Basis der Bogen der Orbita bildete, durchtrennt, aufgehoben und um die Basis nach unten geklappt. Die mit stark gewucherter und degenerirter Schleimhaut erfüllte Höhle wurde ausgekratzt und die Oeffnung nach der Nase hin freigemacht. Nachdem in letztere ein Drainrohr eingelegt war, wurde der Knochenlappen replacirt und die Weichtheile vernäht. Die Nachbehandlung bestand in Auswaschungen von der Nase aus. Die Wunde heilte ohne Entstellung.

A. J. BRADY.

45) **David N. Dennis** (Erie, P. A.). **Einige Fälle von Empyem der Stirn- und Siebbeinhöhlen mit nachfolgender Geschwulstbildung.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. 28.*

1. Empyem der Stirnhöhle. Durchbruch nach der Orbita. Operation: Erweiterung der existirenden Fistel. Spülung. Ausgeheilt. 2. Sehr ähnlich dem 1. Fall. 3. Empyem der Siebbeinzellen. Reichliche Polypen. Nach deren Entfernung Eröffnung des Siebbeins von der Orbita aus. Complicirende Meningitis führt zum Exitus.

ZARNIKO.

46) **G. E. de Schweinitz. Fistel der Orbita nach Erkrankung der lacrymalen Partie der Siebbeinzellen; Operation und Heilung. (Fistula of the orbit due to disease of the lachrymal division of the ethmoidal cells; operation and cure.)** *The ophthalmic Record. Juni 1899.*

Operation von aussen mit Drainirung durch die Nase und spätere Entfernung von Spinen der Nasenscheidewand führte zur Heilung.

EMIL MAYER.

47) **George J. Gage. Ethmoiditis. (Ethmoiditis.)** *New York Eye and Ear Infirmary Reports. 1899.*

Verf. stellt fest, dass vor dem Stadium der cystischen Degeration mit Vergrösserung der mittleren Muschel zuerst wiederholte Attaken von Coryza bestehen, welche zur Schleimhauthyperplasie und im Bereich der mittleren Muschel mit Vorliebe auch zur polypoiden Degeneration führen. Als deren Folge stellt sich die

Behinderung des Secretabflusses aus dem Sinus ein und es bildet sich eine Retentionscyste, deren Inhalt den Knochen zur Eierschalencyste ausdehnt.

EMIL MAYER.

48) **Henry D. Noyes. Fälle von Ethmoiditis. (Cases of ethmoiditis.)** *New York Eye and Ear Infirmary Reports. 1899.*

N. theilt 3 Fälle dieses Leidens mit, die mit Erkrankung des Thränensackes complicirt waren.

EMIL MAYER.

49) **H. Cordes. Zur Behandlung der Keilbeinhöhlenerkrankungen.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 5. 1899.*

Zur besseren Application von Instrumenten muss häufig die mittlere Muschel infrangirt und lateralwärts gedrängt werden, wie Cholewa empfielt; man benutzt dazu ein zierlich und schlank gebautes Elevatorium. Genügt die Infrangirung nicht, dann muss der vordere Theil der mittleren Muschel entfernt werden. Zur Eröffnung der Höhle benutzt C. ein dem Schötz-Krause'schen Doppelmeissel ähnliches und von ihm angegebenes Instrument.

SCHECH.

50) **Nissle** (Cöpenick). **Die Erkrankungen der Keilbeinhöhle.** Dissertat. Freiburg 1899.

Gute Darstellung der Erkrankungen der Keilbeinhöhle, es werden besprochen die Verletzungen, Fremdkörper, die nicht entzündlichen Vorgänge, die acuten und chronischen Entzündungen, die Cysten und Polypen, Tuberkulose, Syphilis und Tumoren.

SEIFERT.

51) **George E. Shambaugh. Chronisches Empyem der Keilbeinhöhle ohne Betheiligung der benachbarten Sinus. (Chronic empyema of the sphenoid sinuses without involvement of the neighboring sinuses.)** *Philad. Medical Journal. 29. April 1899. Chicago Med. Recorder. Juni 1899.*

Das Fehlen von Krusten und Pus im mittleren Nasengang bei allen Untersuchungen schloss in diesem Falle die Betheiligung der Kieferhöhle, der Stirnhöhle und der vorderen Siebbeinzellen aus. Auch eine Affection der hinteren Siebbeinzellen wurde durch mehrwöchentliche Beobachtung des Falles ausgeschlossen; denn bei wiederholter Ausspülung der Keilbeinhöhle und erneuter Untersuchung der Nase nach $1/2$ Stunde zeigte sich niemals Eiter in der Riechspalte, was bei Erkrankung der hinteren Siebbeinzellen sicherlich der Fall gewesen wäre.

EMIL MAYER.

52) **Richard Mills Pearce. Die Bakteriologie der Nasennebenhöhlen bei Diphtherie und Scharlach. (The bacteriology of accessory sinuses of the nose in diphtheria and scarlet fever.)** *Journ. of the Boston Society of Med. Sciences. 21. März u. 22. April 1899.*

Infection der Kieferhöhlen ist in fatalen Fällen von Scharlach und Diphtherie sehr gewöhnlich. Im Eiter findet man Diphtheriebacillen, Eiterkokken und Pneumoniekokken. Intra vitam sind die entzündlichen Veränderungen der Highmorshöhlen nicht immer nachweisbar.

EMIL MAYER.

53) **Foucher. Acute Entzündung der Highmorshöhle. (Acute inflammation of the antrum of Highmore.)** *L'Union Médicale du Canada. März 1899.*

Acute Entzündungen des Antrum sind nach Verf. viel häufiger, als man gewöhnlich annimmt. F. sah in 2 Jahren in seiner Privatpraxis 12 Fälle, 9 im Anschluss an Coryza, 3 bei Zahncaries. Die Durchleuchtung hält er diagnostisch für sehr werthvoll; er benutzt Lampen von 5—20 Kerzenstärken. Er cocainisirt die Nase mit einer 4proc. Lösung und lässt den Pat. 1 Minute später bei nach der gesunden Seite und nach vorn übergebeugtem Kopf kräftig schnäuzen. Die Fälle heilen alle ohne weitere Behandlung; nur wenn Septumdeviationen oder Zahncaries vorhanden sind, ist die Punction und Reinigung des Sinus erforderlich.

EMIL MAYER.

54) **Wl. Wroblewski. Empyema antri Highmori acutum. (Ostry ropotok jamy szczakowej.)** *Gazeta lekarska. No. 37. 1899.*

Verf. beschreibt 5 Fälle und nachdem er genauer das klinische Bild des Leidens auseinander gesetzt hat, betont er, dass die Krankheit meistens auch ohne Probepunction zu erkennen ist und dass in den acuten Stadien des Leidens die allgemeine Therapie ohne chirurgische Intervention zur Beseitigung des Leidens genüge.

A. v. SOKOLOWSKI.

55) **Jakoby** (Eisenach). **Ein Fall von Highmorshöhlenempyem mit Abstossung eines grossen Stückes des Alveolarfortsatzes.** *Corresp.-Bl. d. allg. ärztl. Vereins von Thüringen. 7. 1899.*

In dem vorliegenden Falle war das Empyem durch den kranken achten Molarzahn hervorgerufen und der Alveolarfortsatz erst secundär erkrankt, das total nekrotische Stück enthielt die leeren Alveolen des ersten und die Wurzeln des zweiten Bicuspis.

SEIFERT.

56) **J. Dennis Arnold. Ein Beitrag zum Studium der Highmorshöhlenerkrankung. (A contribution to the study of antral disease.)** *Pacific Record of Medicine and Surgery. 15. Juni 1899.*

In einem Falle von Highmorshöhlenerkrankung operirte A. nach Extraction des zweiten Molarzahnes vom Alveolarfortsatz aus. Der Eiterabfluss hörte nicht auf und eine in den Thränensack eingeführte Sonde drang in das Antrum. Mit der Heilung der Dakryocystitis hörte auch der Ausfluss aus dem Antrum auf.

EMIL MAYER.

57) **H. Körner** (Halle a. S.). **Die zufällige Eröffnung der Kieferhöhle bei Zahnextractionen.** *Oesterr.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilkunde. Heft 1. 1899. Wiener med. Blätter. No. 4 u. 5. 1899.*

K. hält es für angezeigt, in den Fällen, die auf ein weites Antrum verdächtig sind und ferner in den Fällen, wo der extrahirte Zahn abnorm lange Wurzeln zeigt, sogleich nach der Extraction sich mit einer Sonde von der eventuellen Eröffnung der Kieferhöhle zu überzeugen und im Falle eine solche constatirt ist, die Höhle mit Jodoformgaze zu tamponiren.

CHIARI.

58) **R. Weiser** (Wien). **Besprechung über das Verfahren, den erweiterten Wurzelcanal eines Zahnes zur Irrigation eines Antrum zu benutzen.** Verein österreich. Zahnärzte, Sitzung vom 8. April 1899. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 20. 1899.*

W. empfiehlt diesen Weg behufs Irrigation eines Kieferhöhlenempyems, den seinerzeit Prof. Wölfler sehr empfohlen hat, öfters zu versuchen, um darüber ein abschliessendes Urtheil abgeben zu können.

CHIARI.

59) **Joh. Fein. Ein Pulverbläser für die Highmorshöhle und die Trockenbehandlung des Empyems mit Argentum nitricum pulveratum.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngol. IX. S. 140. 1899.*

Der Pulverbläser (dessen Abbildung F. giebt) trägt ausser einer kleinen oberen Oeffnung 9 weitere an den verschiedenen Seiten, so dass das Pulver nach allen Seiten geblasen wird. Die Einführung findet durch die eröffnete Alveole statt. Die Einblasung von reinem Argent. nitricum, das nach F. weder Schmerzen noch andere üble Zufälle verursacht, wird 1mal in der Woche vorgenommen. Der sich bildende Schorf wird beim Ausspülen durch die natürliche Oeffnung in der Nase herausbefördert. Verf. berichtet über 2 Fälle, die er auf diese Weise behandelt hat.

F. KLEMPERER.

60) **S. von Stein. Ein neuer Troicart zur Punction der Highmorshöhle; seine diagnostische und therapeutische Bedeutung. (Nowaja igla dlja psokola gaimorowoi polosti, jeje diagnostitscheskoje i terapewtitscheskoje snatschenije)** *Chirurgija. No. 29. 1899.*

Der Troicart ist ungefähr 13—14 cm lang, das scharfe Ende in einer Länge von 3—4 cm fast halbkreisförmig gebogen.

S. vindicirt seinem Instrumente bedeutende Vorzüge vor den bisher gebräuchlichen. Er hat das Instrument bereits bis 20mal angewandt. 1mal bei einem 12jährigen Kinde mit positivem Erfolg und einmal bei einer wahrscheinlichen Verwachsung der natürlichen Oeffnung. Die Höhle war leer, aber die Beschwerden verschwanden nach der Punction. S. nimmt an, dass die Erleichterung durch den Ausgleich der Druckverhältnisse zwischen der Aussen- und der Antrumluft herbeigeführt wurde.

P. HELLAT.

61) **Sprenger** (Stettin). **Ein Katheter-Troicart zur Punction der Oberkieferhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 137. 1899.*

Beschreibung und Abbildung des Instrumentes, das in seiner Form dem gebräuchlichen Ohrkatheter entspricht.

F. KLEMPERER.

62) **v. Hacker** (Innsbruck). **Totalresection des linken Oberkiefers mit Ersatz des harten Gaumens durch Drehung der Nasenscheidewand nach Sabatier-Bardenheuer.** Wissenschaftliche Aerzte-Gesellschaft in Innsbruck, Sitzung vom 17. December 1898. *Wiener klin. Wochenschr. No. 5. 1899.*

Es handelte sich um ein von der Highmorshöhle ausgehendes Sarkom. Auch guter cosmetischer Erfolg.

CHIARI.

63) **Jacob E. Shadle. Die Aetiologie und Diagnose des Empyems der Nasennebenhöhlen. (The aetiology and diagnosis of empyema of the accessory sinuses of the nose.)** *St. Paul Medical Journal. Februar 1899.*

Verf. äussert über die Aetiologie und Diagnostik der Nebenhöhlenentzündungen die allgemein anerkannten Anschauungen. Zur Beförderung des für die Diagnose besonders wichtigen Eiterflusses räth er, den Pat. den Kopf vornüberzubeugen oder eine Zeit lang zwischen die Knie halten zu lassen. EMIL MAYER.

64) **Veis** (Frankfurt a. M.). **Die Nebenhöhleneiterungen der Nase in ihrer Wichtigkeit für den praktischen Arzt.** *Wiener klin. Rundschau. No. 36 u. 37. 1899.*

Für den Specialisten nichts Neues. CHIARI.

65) **Wm. Winthrop Betts. Eitrige Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (Suppurative diseases of the accessory sinuses of the nose.)** *Denver Med. Times. Februar 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

66) **Seifert** (Würzburg). **Zur Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.** Physiol. med. Gesellsch. zu Würzburg, 29. April 1899.

Seifert braucht zur Diagnose der acuten und chronischen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase das negative Politzer'sche Verfahren resp. die Aspiration mit dem Politzer'schen Ballon. Zuerst wird die Nase, wenn Verdacht auf Nebenhöhlenerkrankung besteht, gründlich gereinigt und dann cocainisirt. Nun nimmt der Kranke einen Schluck Wasser in den Mund und macht Schluckbewegungen auf Commando von dem Momente an, wo der comprimirte Ballon in die entsprechende Nasenhöhle luftdicht eingeführt ist und langsam zur Entfaltung gebracht wird. Die hiebei entstehende Luftverdünnung in der Nasenhöhle lässt das pathologische Secret aus der erkrankten Nebenhöhle austreten und es kann nun, wenn sofort nach Beendigung der Aspiration untersucht wird, festgestellt werden, ob und aus welchen Nebenhöhlen das Secret ausfliesst. Bei acuten Nebenhöhlenerkrankungen kann durch regelmässige Anwendung des Verfahrens auch Heilung des Processes erzielt werden. Autoreferat.

67) **W. Greiffenhagen** (Reval). **Ueber Nebenhöhlenempyeme und ihre Folgekrankheiten.** Vortrag, geh. auf dem livl. Aerztetage. *St. Petersburger medic. Wochenschr. No. 1. 1899. Memorabilien. XLII. 5. 1899.*

Obgleich G. in grossen Zügen das für den Nichtspecialarzt Wissenswerthe anführt, legt doch jeder Punkt, der in der Arbeit zur Sprache kommt, davon Zeugniss ab, dass wir es mit einem erfahrenen Rhinologen zu thun haben.

P. HELLAT.

68) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Die Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase und ihre Folgezustände in anderen Körpertheilen.** *Bresgen's Samml. Bd. I. Heft 7.*

Verf.'s Untersuchungen beziehen sich auf 149 Fälle von Empyemen der verschiedenen Sinus. Die Folgezustände in anderen Organen betreffen: die Nase (Hypertrophie und Atrophie, Polypen, ozaenaartige Erscheinungen); den Nasen-

rachen und die Rachenhöhle) Katarrhe und Abscesse; das Auge (Dacryo-Cystitis, Exophthalmie, Netzhaut- und Sehnervstörungen); das Ohr (Katarrhe und nervöse Erscheinungen), den Schädel (Neuralgieen, epileptiformer Anfall); die Gesichtshaut (Ekzeme, Erysipel, Oedeme); die Lungen (Pseudotuberculose); die Verdauungs- und Circulationsorgane. Endlich fanden sich mehrere Fälle von allgemeiner Schwäche, Fieber und Abmagerung, Aprosexie.

Der Sinus maxillaris wurde meist vom Zahnfortsatz aus eröffnet; bei den anderen Sinus genügten fast immer Ausspülungen von der Nase aus.

SALOMON (ZARNIKO).

69) **Geo. C. Stout. Chronisches Empyem der Nasennebenhöhlen. (Chronic empyema of accessory nasal cavities.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 29. April 1899.*

Verf. berichtet über 7 von ihm beobachtete Fälle. Ein Empyem der Highmorshöhle kann hartnäckig oder unheilbar sein wegen daneben bestehender Stirnhöhlenentzündung. Eiterung der Nebenhöhlen ist eine der Folgen der chronisch-hypertrophischen Zustände, welche die Ausführungsöffnungen der Nebenhöhlen verschliessen. Nasenpolypen können Ursache, aber auch Folge eines Empyems sein. Weitere Ursachen sind Infectionskrankheiten, besonders die Grippe und Traumen.

EMIL MAYER.

70) **George C. Stout. Behandlung des chronischen Empyems der Nasennebenhöhlen. (Treatment of chronic empyema of accessory sinuses.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

Verf. bespricht die verschiedenen Operationsmethoden und meint, dass viele Fälle von Stirn- und Kieferhöhlenentzündung durch Paracentese von der Nase aus heilbar sind.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

71) **H. D. Chapin. Pharyngitis und Tonsillitis bei kleinen Kindern. (Pharyngitis and tonsillitis in infants.)** *N. Y. Med. News. 4. März 1899.*

Pharyngitis und Tonsillitis sind viel häufiger bei kleinen Kindern, als man gewöhnlich annimmt. Ihre wiederholten Attaken sind sicherlich eine Ursache der Mandelhypertrophien und der Adenoiden. Die Untersuchung des Halses soll gründlich, unter tiefer Herabdrückung der Zunge geschehen, damit auch tief liegende und umschriebene Entzündungen dem Blick nicht entgehen. LEFFERTS.

72) **W. G. Spencer. Ein Fall von acuter Pharyngitis durch Streptococcen, gefolgt von Septicämie, tiefer Drüsenentzündung und Pericarditis, gebessert durch den Gebrauch von Antistreptococcenserum. (Case of acute pharyngitis due to streptococcus pyogenes followed by septicaemia deep glandular inflammation and pericarditis and relieved by the administration of streptococcal antitoxin.)** *Lancet. 21. Januar 1899.*

21 jähriger Mann erkrankt am 16. October mit Halsweh, Schwellung rechts

im Halse, Schmerzen beim Schlucken; später Pericarditis. Injection von Streptokokkenserum am 26. October. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

73) **Castex. Behandlung der Pharyngitis. (Treatment of pharyngitis.)** *Therapeutic Gazette. 15. Mai 1899.*

Bei einfacher Pharyngitis giebt C. local ein heisses Antisepticum mittelst des Zerstäubers und innerlich Antipyrin. Bei septischen Formen applicirt er Carbolsäure oder Salicylsäure 1 pCt. und verordnet Alkohol und intestinale Antiseptica; die Anwendung von Antistreptokokkenserum kann nothwendig werden. Bei chronischer Pharyngitis wird Kali chloricum in Pastillenform gegeben; gegen die Congestion ist eine Jod-Jodkali-Lösung zu verordnen.

EMIL MAYER.

74) **Redact. Notiz. Acute Pharyngitis. (Acute pharyngitis.)** *Journal Americ. Medic. Assoc. 15. Juli 1899.*

Rp. Extr. Eucalypt. 1,95
Natrii biborac. 0,65
Pulv. piment. 0,46
Extr. glycyrrhiz. 9,75.
F. f. Massa; divid. in trochisc. No. XXX.

EMIL MAYER.

75) **Redact. Notiz. Gegen folliculäre Pharyngitis. (For follicular pharyngitis.)** *Medical Progress. Mai 1899.*

Rp. Jodi 0,18
Kalii jodati 0,3
Ac. trichloracetici 0,42
Glycerin
Aqu. destill. ana 15,0.
M. D. S. zur localen Application.

EMIL MAYER.

76) **Lyon. Resorcin bei der Behandlung der granulären Pharyngitis. (Resorcin in the treatment of granular pharyngitis.)** *N. Y. Med. Journal. 25. März 1899.*

Verf. lässt im acuten Stadium gurgeln mit
Resorcin 4 Theilen
Glycerin 15 Theilen
Aqu. destill. 150 Theilen.

LEFFERTS.

77) **Redact. Mittheilung. Ein Spray für Pharyngitis sicca. (A spray for pharyngitis sicca.)** *Journ. Am. Med. Assoc. Juli 1899.*

Rp. Acid. carbol. 0,65
Tct. Jodi
Tct. Aloes
Tct. Opii ana 0,5
Glycerin. q. s. ad 31,10.
M. D. S. Mehrmals täglich als Spray z. g.

EMIL MAYER.



78) **Studer** (Neuenburg). **Ueber einen Fall von Decubitalgeschwür des Pharynx in Folge einer Exostose des 7. Halswirbels.** Dissert. Würzburg 1898.

Ein 85jähriger Mann, der in Folge Erschwerung der Nahrungsaufnahme sehr heruntergekommen war, trat in Behandlung von M. Kalm, der eine genaue Diagnose nicht zu stellen vermochte. Bei der Section ergab sich ein ähnliches Bild wie in den Fällen von Koschier, d. h. es waren Druckgeschwüre an der vorderen und hinteren Wand des Oesophagus, bedingt durch eine bohnengrosse Exostose am Körper des 7. Halswirbels.

SEIFERT.

79) **Monmarson. Studie über die Lokalisirung des Muskel- und Gelenkrheumatismus in der Rachengegend. (Etude sur le rheumatisme arthro-musculaire de la region pharyngée.)** *Journ. de méd. Paris. 14. Mai 1899.*

M. berichtet über 3 Fälle. Der Rheumatismus präsentirt sich nach ihm im Rachen in zwei Formen, als diffuser oder localisirter. Die diffuse Form afficirt die gesammte Muskulatur des Rachens, die prävertebralen Theile und wahrscheinlich auch die Halswirbel. Bei der localisirten Form sind nur die Gelenke ergriffen und ausserdem die periarticulären fibrösen Gewebe. Objective Symptome können fehlen. Der Schmerz ist mehr oder weniger heftig, ausserdem besteht Dysphagie, gewöhnlich aber kein Fieber. Die Behandlung mit Jodpräparaten ist wirksam.

A. CARTARZ.

80) **Lewis Cline. Pharyngomykose. (Pharyngomycosis.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

81) **J. Homer Coulter. Ein Fall von Pharyngomykosis. (A case of pharyngomycosis.)** *Chicago Med. Recorder. März 1899.*

Verf. spricht über die Differenzirung dieses Leidens von der Diphtherie und der membranösen Tonsillitis. Er behandelt die Mykose mit dem Galvanokauter.

EMIL MAYER.

82) **Arthur Baer. Zur Kenntniss der Pharynxtuberculose.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. No. 2. 1899.*

Mittheilung zweier von H. v. Schrötter kurz erwähnter Fälle, welche unter localer Behandlung mit Curettement und Milchsäure bedeutende Besserung zeigten. Die allgemeinen Bemerkungen über Vorkommen, Häufigkeit, Diagnose und Therapie über Pharynxtuberculose enthalten nichts Neues.

SCHECH.

83) **Juffinger. Tuberculosis pharyngis.** Wissenschaftl. Aerztegesellsch. in Innsbruck. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 24. 1899.*

Demonstration eines 17jährigen Mannes mit ausgedehnten Geschwüren mit zackigem, unterminirtem Rand und graugelblichem Belag im Rachen und Nasenrachenraum — Halsdrüsen nicht geschwellt, Lungenbefund normal, Tuberkelbacillen konnten nicht nachgewiesen werden. — Auf 80proc. Milchsäure-Behandlung reinigten und verkleinerten sich die Geschwüre.

CHIARI.

84) **Swiontechi. Ein Fall von hochgradiger Pharynxstenose nicht syphilitischen Ursprungs. (Przypadek wysokiego stopnia zwerenia gardzieli pochodzenia nieprzymiotowego [wskutek oparzenia tugiem].)** *Kronika lekarska. No. 8. 1899.*

Bei einem 20jährigen Dienstmädchen, das einige Schluck concentrirter Lauge heruntergeschluckt hatte, stellte sich starke Dysphagie ein, zu welcher sich später auch eine allmälig zunehmende Athemnoth hinzugesellte. Die Patientin wurde 8 Monate nach dem Unfall vom Verf. untersucht, wobei er im unteren Theile des Pharynx eine Membran constatirte, welche eine Art von Diaphragma bildete. In der Mitte derselben war eine centrale kleine Oeffnung vorhanden, deren Ränder ziemlich glatt waren. Diese Oeffnung wurde gespalten und dann die Membran allmälig dilatirt.

Nach 6monatlicher Behandlung war die Dysphagie und Athemnoth vollständig beseitigt.

A. v. SOKOLOWSKI.

85) **J. K. Hamilton** (Adelaide). **Verwachsung zwischen weichem Gaumen und hinterer Rachenwand und eine neue Methode zur Verhütung von Wiederverwachsung und Contraction. (Synechia between the soft palate and the posterior wall of the pharynx and a new method of preventing re-adhesion and contraction.)** *Australian Medical Gazette. 20. Mai 1899.*

Um die Wiederverwachsung nach der operativen Lösung der Adhäsionen zu verhüten, empfiehlt H. eine Gaumenplatte von Vulcanit einzulegen, die an den Molarzähnen fixirt wird. Am hinteren Rande derselben ist im rechten Winkel ein Hohlfortsatz ebenfalls von Vulcanit angebracht, der nach oben in den Nasenrachen reicht und diesen offen erhält. Dieser Apparat, den der Pat. entfernen und wieder einlegen kann, sichert die freie Nasenathmung.

A. J. BRADY.

86) **Jacques. Fremdkörper im Rachen. (Corps étranger du pharynx.)** *Revue méd. de l'Est. 1. Februar 1899.*

Kind von 4 Monaten hatte ein durchbohrtes Knochenplättchen, wie sie unten an Saugpfröpfen angebracht sind, verschluckt. Drei Tage nachher wurde ein Radiogramm aufgenommen, aus dem sich ergab, dass der Fremdkörper im Rachen zwischen Gaumenbögen, Epiglottis und Zungenbasis steckte. Das Schlucken war gar nicht behindert, das Athmen nur wenig und zwar hauptsächlich durch die starke Secretion; der Ton des fortwährend schreienden Kindes war ein eigenthümlich rauher von gutturalem Klang.

Die Extraction des Fremdkörpers machte keine Schwierigkeiten.

A. CARTAZ.

87) **Alfred Shewin** (Sydney N. S. Wales). **Wanderung eines Stück Grases. (The wanderings of a piece of grass.)** *Australasian Med. Gazette. 20. Juni 1899.*

Ein Mädchen hatte ein Grasstückchen im Munde; dasselbe glitt im Halse herunter und schien dann stecken zu bleiben. Die Pat. fühlte danach ein gewisses Unbehagen im Hals. 10 Tage danach war die rechte Mandel geschwollen; von dem Halm aber war keine Spur zu sehen. Dann setzten schwere Schmerzen



im Ohre ein, die zu schlaflosen Nächten führten; die Drüsen hinter dem Kieferwinkel schwollen stark an. 6 Wochen nach dem Unfall trat 4 Zoll unter dem Ohr eine verfärbte weiche Stelle hervor. Es wurde eine Incision gemacht und Eiter entleert; in einer Masse geronnenen Eiters eingebettet lag das Grasstück.

A. J. BRADY.

88) **Lacoarret. Fremdkörper im Rachen. (Corps étranger du pharynx.)** *Annales de la policlin. de Toulouse. Juni 1899.*

Klinischer Vortrag über die verschiedenen Arten von Fremdkörpern, ihre Symptome, die falschen Sensationen neuropathischer Personen und ihre Behandlung. L. theilt 4 eigene Fälle mit. Bei zweien steckte eine Nadel im Sinus pyriformis; bei den 2 anderen handelte es sich um Fischgräten.

A. CARTAZ.

89) **Morestin. Verschlucktes Gebiss im Rachen zurückgehalten; Retropharyngealabscess und Tod. (Ratelier arrêté dans le pharynx, abscès rétropharyngien, mort.)** *Bull. Soc. Anatom. Paris. p. 398. April 1899.*

32jährige Frau verschluckt im Zustand der Trunkenheit ein Stück ihres Gebisses. Die Untersuchung mit der Oesophagussonde fällt negativ aus. Die Kranke vermag am nächsten Tag leicht feste und flüssige Speisen zu schlucken; sie klagt aber über eine schmerzhafte Stelle links vom Larynx. Die Untersuchung ergiebt dort nichts, auch die Radiographie lässt den Fremdkörper nicht finden. In den nächsten Tagen Fieber, Schmerz, Bildung eines Retropharyngealabscesses, dann einer septischen Bronchopneumonie. Jetzt wird ein chirurgischer Eingriff gemacht. Bei der Eröffnung des Abscesses von der Seite des Halses aus findet man den Fremdkörper in die seitlichen Gewebe des Rachens eingekeilt. Man entfernt ihn; aber 2 Tage nachher erfolgt der Exitus. Keine Section.

A. CARTAZ.

90) **Joh. v. Bokay. Retropharyngealabscess und retropharyngeale Adenitis. (Retropharyngeal abscess and retropharyngeal adenitis.)** *Annals of Gynecology and Pediatrics. Mai 1899.*

Die Bezeichnung des Retropharyngealabscesses als idiopathisch ist aufgegeben und man spricht von einem Abscess infolge von retropharyngealer Adenitis. Andere Arten des Retropharyngealabscesses sind der traumatische und der metastatische. In allen Fällen wurden Streptococcen gefunden. Retropharyngealabscesse können acut, subacut und chronisch sein. Bei sorgfältiger Abtastung der Submaxillargegend findet man ganz in der Tiefe eine Lymphdrüsenschwellung. Verf. empfiehlt die Incision mittelst Pharyngotom. Die äussere Operation ist eine schwierige und nicht jeder Arzt kann sie ausführen. Verzögerung und Unentschlossenheit kann hier das Leben kosten.

EMIL MAYER.

91) **Francis J. Quinlan. Ein Fibromyxom des Rachens. (A fibromyxoma of the pharynx.)** *N. Y. Med. Record. 1. April 1899.*

Krankengeschichte eines Falles; nichts Besonderes.

LEFFERTS.

92) **René Lacour. Die Pharyngotomia subhyoidea; ihre Operationstechnik und klinischen Indicationen. (La pharyngotomie sous-hyoidienne. Technique opératoire, indications cliniques.)** *Thèse de Paris. 1898.*

Die Operation, die einen sehr freien Einblick schafft, ist zur Entfernung von

Tumoren des Pharynx und Larynx zu empfehlen. Bei Fremdkörpern und benignen Tumoren angewandt, hat sie eine Mortalität fast von Null.

Verf. bespricht eingehend die Technik dieser Operation. Die Mehrzahl der Chirurgen macht 2 oder 3 Tage vor der Pharyngotomie die Tracheotomie, um den Eintritt von Blut in die Luftwege zu verhüten. PAUL RAUGÉ.

d. Diphtheritis und Croup.

93) **Delafield. Der Diphtheriebacillus. (Bacillus Diphtheriae.)** *N. Y. Medical Record. 6. Mai 1899.*

Bakteriologische Studie über morphologische Irregularitäten und Degenerationsformen des Loeffler'schen Bacillus. LEFFERTS.

94) **Louise D. Davis. Ein Bacillus, der in allen culturellen Eigenthümlichkeiten dem Diphtheriebacillus gleicht, aber kein Diphtheriegift bildet. (A bacillus resembling the diphtheria bacillus in all cultural characteristics, but not producing diphtheria toxin.)** *N. Y. Med. News. 29. April 1899.*

Verf. beschreibt den Bacillus und seine Eigenschaften in der Cultur und im Thierexperiment. Die Frage, ob es sich um einen abgeschwächten Diphtheriebacillus oder um eine besondere Art handelt, wird nicht entschieden.

LEFFERTS.

95) **Tavel, Antonina Zielinska** und **Eugenia Januscewska** (Bern). **1. Ueber die Differentialdiagnose zwischen dem Diphtherie- und dem Pseudodiphtheriebacillus. 2. Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen.** 2 Inaugural-Dissertationen der Berner Universität. Bern 1898 u. 1899.

Erstere Arbeit hält die verschiedene Herkunft der echten und der pseudodiphtheritischen Bacillen aufrecht und steht somit auf der Seite von Escherich, Martin, Zarniko u. A.

Letztere nimmt nicht ausdrücklich Stellung, betont aber die grosse Verschiedenheit der Culturbedingungen der beiden Arten bezüglich der Nährböden und hebt ihre verschiedenen chemischen Reactionsarten auf dieselben, saure für die echten, das Gegentheil für die pseudo-diphtheritischen Bakterien hervor.

Beide Arbeiten sind gründlich und verdienen näheres Studium.

JONQUIÈRE.

96) **d'Astros** (Marseille). **Die Lokalisation des Diphtherieantitoxins im Organismus immunisirter Pferde. (Localisation de l'antitoxine diphtérique dans l'organisme des chevaux immunisés.)** *Soc. de Biologie. 28. Januar 1899.*

Verf. schliesst aus seinen Experimenten, dass die im Serum enthaltene Menge von Antitoxin viel grösser ist, als die in den Organen sich findende.

PAUL RAUGÉ.



97) **Louis Cobbett. Die Resistenz der Ratten gegen Diphtherie. (Resistance of rats to diphtheria.)** *N. Y. Med. News. 13. Mai 1899.*

Auch die Immunität der Ratten gegen Diphtherie ist keine absolute. Die 1500—1800fache Menge der für ein Meerschweinchen vom doppelten Gewicht tödtlichen Dose tödtet eine Ratte. Freilich ist es nach C. ein blosses Spiel mit Worten, wenn man in solchem Falle von einer „relativen" Immunität sprechen wollte. Man könnte ebenso gut sagen, dass der Mensch gegen Brod und Käse nur relativ immun ist, weil 3000 Pfund derselben ihm sicherlich fatal werden würden.

LEFFERTS.

98) **Charrin** und **Levaditė. Einfluss des Pancreas auf das Diphtherietoxin. (Action du pancréas sur le toxine diphthérique.)** *Société de Biol. 18. März 1899.*

Der Pancreassaft soll eine deutlich abschwächende Wirkung auf das Diphtherietoxin ausüben; diese Wirkung würde zu den sonstigen Abwehrmitteln des Darmtractus, der directen Thätigkeit der Darmwand, der Wirkung der Leukocyten, der Fermentation, noch hinzukommen.

PAUL RAUGÉ.

99) **Méry** und **Bonus. Die bakteriologische Diagnose der Diphtherie durch directe Untersuchung der Membranen. (Diagnostic bacteriologique de la diphthérie par l'examen direct des fausses membranes.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 17. Februar 1899.*

Die bakteriologische Diagnose muss den Nachweis der Diphtheriebacillen, den der Rein- oder Mischinfection und schliesslich den der Virulenz der verschiedenen Keime umfassen. Für viele Zwecke reicht die directe Untersuchung aus; für andere ist die Cultur erforderlich.

PAUL RAUGÉ.

100) **Jacob R. Johns. Das klinische Bild der Diphtherie. (Clinical diphtheria.)** *Philad. Monthly Med. Journal. April 1899.*

Ein ausführlicher Artikel, der ausser den bakteriologischen Untersuchungen über den Diphtheriebacillus, das Toxin und Antitoxin eine zusammenfassende Uebersicht über die Diagnose, Prognose und Therapie der Diphtherie bietet.

EMIL MAYER.

101) **L. R. Sellers. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Western Medical Journal. Mai 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

102) **K. Ikehaxa** und **J. Hasseganda** (Japan). **Diphtherierecidiv, durch intercurrirende Masern veranlasst.** *Zeitschr. d. medicin. Ges. zu Tokio. Bd. XII. Heft 4. 1898.*

Bei einem 7jährigen Kinde, das nach einer vor 9 Tagen gemachten Seruminjection von einer schweren Rachen-Kehlkopfdiphtherie geheilt war, stellten sich alle Symptome der Masern ein und nachdem das Exanthem 5 Tage vollständig verschwunden war, trat eine schwere Larynxdiphtherie auf, an der Pat. trotz Seruminjection und Tracheotomie starb.

OKADA.

103) **Joh. Sendziak. Diphtherie des Pharynx resp. des Nasopharynx complicirt durch zahlreiche Abscesse der Mandeln (Gaumen, Pharynx und Zunge), sowie Eiterungen beider Highmorshöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 133. 1899. Medical Bulletin. Mai 1899.*

Krankengeschichte des Falles, der nach einander die oben genannten Complicationen darbot, aber ohne operativen Eingriff zur Heilung kam. Dass die membranöse Angina, die das Krankheitsbild eröffnete, wirklich diphtheritischer Natur war, scheint mir nicht erwiesen zu sein.

F. KLEMPERER.

104) **Grenet** und **Leone. Diphtherie und Schnupfen. (Diphtheria and Coryza.)** *American Practitioner and News. Mai 1899.*

Jeder Fall von chronisch eitrigem Catarrh muss bakteriologisch untersucht werden. Die Bakterien sehen sich oft sehr ähnlich; der Thierversuch muss herangezogen werden, um zu entscheiden, ob ein Diphtheriebacill vorliegt oder nicht.

EMIL MAYER.

105) **Mya** (Florenz). **Ueber die Pathogenese der diphtheritischen Spätparalysen.** *Wiener med. Blätter. No. 26. 1899.*

Die diphtheritischen Spätparalysen treten gewöhnlich in den Muskeln des weichen Gaumens und des Pharynx auf, seltener im Larynx. In schwereren Fällen hingegen greift die Paralyse auch auf jene Muskelgruppen über, welche ihr Centrum in der Medulla oblongata haben oder von Nerven versorgt werden, welche mit Nervenästen des Pharynx oder Larynx einen gemeinsamen Stamm haben. — **M.** sagt, dass während des Verlaufes einer diphtheritischen Infection variable Quantitäten von Toxinen im Innern der Gewebe verbleiben können. Diese verursachen in der ersten Zeit locale Läsionen der Nervenendigungen und später kann der Krankheitsprocess mit centripetalem Verlaufe durch die Nervenbahnen auch die Medulla oblongata erreichen.

CHIARI.

106) **Louis Martin** (Paris). **Die praktische Prophylaxe der Diphtheritis. (Prophylaxie pratique de la diphthérie.)** *Soc. de Med. publ. et d'hygiène profess. 25. Januar 1899.*

M. bespricht die Umstände, unter denen die bakteriologische Untersuchung und event. die Präventivimpfung mit Serum bei Kindern, die der Infection ausgesetzt sind, stattfinden soll. Den Schulschluss hält er nicht für angezeigt, da er die Berührung der Kinder mit einander nicht hindert, aber ihre Ueberwachung erschwert.

An die üblen Zufälle und besonders den plötzlichen Exitus, die dem Serum zugeschrieben worden sind, glaubt **M.** nicht.

PAUL RAUGÉ.

107) **H. M. Bracken. Wie schützen wir uns gegen Diphtherie? (How shall we quarantine against diphtheria?)** *Northwestern Lancet. 15. Mai 1899.*

Der Verf. empfiehlt hauptsächlich tuberculöse Individuen zu isoliren.

EMIL MAYER.



108) **Redact. Notiz. Die Chlorbehandlung bei Diphtheritis. (The chlorin treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 1. April 1899.*

Die Chlorbehandlung wurde in den letzten 6 Wochen im Willard Parker Hospital, New York City, einer Prüfung unterzogen in der Weise, dass von allen aufgenommenen Diphtheriekindern abwechselnd das eine mit Chlor und das nächste mit Serum behandelt wurden. Dr. Winters behandelte die erste Gruppe, Dr. Berg die zweite. Das Befinden der Chlorgruppen war schlechter, ihre Mortalität höher, als bei der Serumgruppe. Der Eindruck aller Zeugen war der, dass die Chlorbehandlung zwar unschädlich, aber auch nutzlos ist. LEFFERTS.

109) **V. W. Moss. Die Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *The American Practitioner and News. 15. Mai 1899.*

M. giebt kein Serum, sondern behandelt mit Calomel und Eisentinctur.

EMIL MAYER.

110) **Miloslawsky. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 6. Mai 1899. Kansas City Med. Record. Mai 1899.*

Der Hals wird 5 oder 6mal täglich mit Myrrhentinctur gepinselt, eine 1proc. Lösung derselben als Gurgelwasser benutzt und von

Tinct. Myrrhae 2,4
Glycerin. 4,8
Aquae 120,0

dem Alter entsprechend 1—4 Theelöffel 2stündlich innerlich gegeben.

LEFFERTS.

111) **L. Concetti. Die Mischinfection bei Diphtherie in ihrer Bedeutung für die Serumtherapie. (Les associations microbiennes de la diphtherie en rapport avec la serotherapie.)** *Annales de Médecine et de Chirurgie infantiles. 15. Januar 1899.*

Die Mischinfection ist stets von schlechter Bedeutung. Die Klinik, wie das Experiment lehren in gleicher Weise, dass jede Zweitinfection den Organismus in seiner Widerstandsfähigkeit schwächt. PAUL RAUGÉ.

112) **Uchida** (Tokio). **Ein Fall von Kehlkopfdiphtherie, in dem ein gefährliches Symptom nach der Seruminjection auftrat.** *Zeitschr. d. med. Ges. zu Tokio. Bd. XII. Heft 5. 1898.*

Bei einem an leichter Kehlkopfdiphtherie erkrankten 4jähr. Kinde trat 30Min. nach einer Seruminjection eine Temperatursteigerung auf 39° C. und hochgradige Dyspnoe mit pfeifendem inspiratorischem Stridor auf, krampfhafte Contracturen sämmtlicher Athemmuskeln und urticariaähnlicher Ausschlag am ganzen Körper. Nach einigen Stunden verschwanden sämmtliche Erscheinungen.

OKADA.

113) **Schmitt** (Dieburg). **Eine Diphtherieepidemie auf dem Lande mit besonderer Berücksichtigung des Heilserums.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 16. 1899.*

Von 251 aus 3 Ortschaften stammenden Fällen starben nur 16 = 6,4 pCt., mit Heilserum behandelt wurden 116 Kranke, davon starben 8 = 6,9 pCt., von

den nicht injicirten 135 starben auch 9 = 5,9 pCt. Zu bemerken ist, dass das Heilserum vorzugsweise in den schweren Fällen zur Anwendung kam. Von 6 Tracheotomirten kamen 5 zur Heilung, sie waren mit Heilserum behandelt.

SEIFERT.

114) **Marcuse** (Berlin). **Ist Diphtherie-Heilserum ein Heilmittel?** *Archiv für Kinderheilkunde. XXVI. Bd. 5. u. 6. Heft. 1899.*

Lieber einmal zu viel als ein einziges Mal zu wenig Heilserum einspritzen.

SEIFERT.

115) **Wenner** (Zürich). **Die Resultate der Diphtheriebehandlung seit Einführung des Diphtherieheilserums am Kinderspital Zürich.** *Archiv f. Kinderheilkunde. XXVII. 1. 2. 1899.*

Unter 512 in der Zeit vom 25. X. 94 bis 31. XII. 98 als diphtherieverdächtigen Kindern starben 52 = 10,1 pCt. Von 139 operirten Fällen waren: Intubationen 102, davon gestorben 13 = 12,7 pCt., primäre und secundäre Tracheotomien 35, davon gestorben 14 = 40,4 pCt.

SEIFERT.

116) **James Gass. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Pennsylvania Medical Journal. Mai 1899.*

G. brauchte das Serum mit gutem Erfolg; daneben empfiehlt er Strychnin, wenn das Herz ein Stimulans benöthigt.

EMIL MAYER.

117) **C. M. Sebastian. Der Gebrauch von Serum bei Diphtherie. (Use of antitoxin in diphtheria.)** *Memphis Med. Monthly. Mai 1899.*

Bericht über 16 Fälle. Verf. gab Serum nur in den schweren Fällen und sah jedesmal nach der Injection merkliche Besserung. Bakteriologische Untersuchungen hat er nicht gemacht.

EMIL MAYER.

118) **J. A. Love. Gedanken über Diphtheritis. (Some thoughts on diphtheria.)** *Medical Review. 13. Mai 1899.*

Der stärkste Beweis für den Werth des Serums, den Verf. selbst beobachtete, liegt in den Fällen von trachealer Diphtherie, von denen über 75 pCt. heilten. Werth legt er auf ein kräftiges Purgiren; auch giebt er Natrium benzoicum reichlich.

EMIL MAYER.

119) **Redact. Notiz. Die Serumtherapie bei Diphtheritis. (Antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Med. News. 27. Mai 1899.*

Die Spritze soll vor dem Gebrauch sterilisirt werden; als Injectionsstelle wird die Bauchhaut empfohlen. In zweifelhaften Fällen soll man injiciren, ohne die Sicherung der Diagnose abzuwarten. Die zu injicirende Dosis betrage je nach der Schwere des Falles 600, 1000, 1500 oder 2000 I. E. In schweren Fällen kann man bei Kindern über 2 Jahren die Dosis von 2000 Einheiten, wenn nicht Besserung eintritt, nach 12—18 Stunden wiederholen und 24 Stunden später, wenn nöthig, noch ein 3. Mal 2000 I. E. geben. Patienten unter 2 Jahren erhalten 1000—1500 I. E.

LEFFERTS.

120) **Adolph Koenig. Der Gebrauch von Diphtherieserum. (The use of diphtheria antitoxin.)** *Philad. Med. Journal. 27. Mai 1899.*

Bericht über grosse Erfolge, die Verf. mit dem Gebrauch des Serums erzielt hat.

EMIL MAYER.

121) **W. P. Northrup. Die Erfolge der Serumtherapie bei Diphtherie im New Yorker Findelhaus im Jahre 1898. (The serum treatment of diphtheria in the New York Foundling Hospital in 1898.)** *N. Y. Med. Journal. 1899.*

Alle Diphtheriekranken erhielten Serum; die Mortalität betrug bei Rachendiphtherie 0,6 pCt., bei Kehlkopfdiphtherie 25 pCt., im Ganzen $12^1/_2$ pCt.

EMIL MAYER.

122) **W. J. Mac Analy. Tod nach Seruminjection. (Death following injection of antitoxin.)** *North Carolina Med. Journal. Mai 1899.*

Das Kind erhielt das Serum am 5. Tage der Erkrankung, während es im Collaps war, und der Tod trat innerhalb 3 Minuten ein.

EMIL MAYER.

123) **Redact. Notiz. Serumbehandlung bei Diphtheritis. (Serum treatment of diphtheria.)** *Medical Brief. Mai 1899.*

Hinweis auf die abnehmende Werthschätzung des Diphtherieserums.

EMIL MAYER.

124) **T. Edward Herman. Das Versagen der Serumtherapie bei Diphtheritis. (The failure of antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 27. Mai 1899.*

Eine lange statistische Arbeit, in der H. zu dem Schlusse kommt, dass das Diphtherieserum keinen Nutzen gebracht hat, „die Fälle, die ohne Serum verloren sind, die septischen Fälle, die mit Nephritis complicirten, die Lähmungsfälle und stenotischen, sind gerade die, welche durch Serum nicht geheilt werden. Und durch alle die üblen Wirkungen des Serums, die oben aufgeführt sind, ist manches Leben geopfert worden, das mit den gewohnten und anerkannten Mitteln vielleicht zu retten war."

LEFFERTS.

125) **Theodore J. Elterich. Bericht über 25 mittelst Serum und Intubation behandelte Fälle von Kehlkopfdiphtherie. (A report of twenty-five cases of laryngeal diphtheria treated by antitoxin and intubation.)** *Archives of Pediatrics. Mai 1899.*

In 4 Fällen war die Intubation nicht erforderlich. 5 Fälle endeten tödtlich. Alle erhielten Serum. Die Tube wurde durchschnittlich $2^1/_2$ Tage getragen. Ruhelosigkeit des Kindes und nicht remittirende Dyspnoe sind Indicationen zur Intubation. Die Tube soll liegen bleiben, bis die diphtheritische Membran im Halse verschwunden und der Auswurf dünn und viscide geworden ist.

EMIL MAYER.

126) **Nachod. Intubation.** Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung vom 20. Januar 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1899.*

N. hält es für statthaft, Intubation auch in der Privatpraxis auszuführen,

und kann Pat. in häuslicher Pflege belassen werden, wenn man nicht das Flottiren von Membranen hört, überhaupt das Athmungshinderniss beseitigt ist.

CHIARI.

127) **Jacques** (Marseille). **Ueber die Intubation des Kehlkopfes in der Privatpraxis.** *Wiener med. Blätter. No. 17 u. 18. 1899.*

J. hält die Intubation im Hause des Kranken für durchführbar, nur habe man den Seidenfaden vom Tubus zu entfernen, bevor man den Kranken verlässt. In seltenen Fällen erfolgt Aushusten des Tubus. Es kam O'Dwyer's Instrumentarium zur Anwendung.

CHIARI.

128) **Frank H. Edwards. Die chirurgische Behandlung der Diphtherie. (The surgical treatment of diphtheria.)** *Medical Progress. Mai 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

129) **Loewy** (Budapest). **Ein lehrreicher Fall von Ecouvillonnage.** *Jahrb. f. Kinderheilk. 49. 1899.*

Ein $7^1/_2$jähriges Mädchen mit Rachen- und Kehlkopf-Trachealdiphtherie bekam eine Injection von 1500 Einheiten, am anderen Morgen schwerer Erstickungsanfall, Intubation. Durch diese wird die Stenose nicht behoben, die Cyanose besteht unverändert, deshalb sofortige Extubation, der unmittelbar darnach mittelst eines heftigen Hustenanfalles die Expectoration einer 11 cm langen Pseudomembran folgt, welche den genauen Abguss des Kehlkopfes, der Luftröhr und von der Bifurcation abwärts die Copie eines grossen Bronchus und dessen Verzweigungen bis zu den kleinsten Bronchiolen aufweist.

SEIFERT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

130) **L. Réthi** (Wien). **Führt der untere Kehlkopfnerv auch sensible Fasern?** *Wiener med. Presse. No. 49. 1898.*

Nach Durchsicht der Literatur kam R. zu dem Ergebnisse, dass diese Frage noch ungelöst ist und sich diesbezüglich zwei Ansichten gegenüberstehen, deren eine den Recurrens als rein motorischen Nerven bezeichnet, deren andere im Recurrens nebst centrifugalen auch centripetale Fasern annimmt. Das Ergebniss der experimentellen Untersuchungen R.'s ist, dass der Recurrens sich in der Mitte und wahrscheinlich auch in den unteren Partien als rein motorisch erwies, in seinen peripheren Fasern jedoch sensible Fasern führt, welche vom Nerv. lar. sup. durch den Ramus communicans stammen.

CHIARI.

131) **A. Onodi. Beiträge zur Kenntniss der Kehlkopfnerven.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngologie. Bd. 9. H. 1. 1899.*

Die sehr ausführliche, mit zahlreichen Abbildungen versehene Arbeit giebt neben einer Uebersicht über die ausgedehnte Literatur dieses Gebietes Bericht über die eigenen anatomischen Untersuchungen des Verf.'s. Wir können die Einzelheiten derselben hier nicht wiedergeben und verweisen Interessenten auf das Ori-

ginal. Erwähnt sei nur, dass Verf. im Recurrens Faserbündel nachweist, welche mit den Bahnen des Sympathicus, der Herznerven und des oberen Kehlkopfnerven in Zusammenhang stehen. Sowohl in der Bahn der Ansa Galeni, wie besonders im Gebiete des Musc. arytaenoideus transversus tauschen der obere und der untere Kehlkopfnerv ihre Fasern mehrfach aus. Theils durch die sympathischen Verbindungen, theils durch die Anastomosen des oberen und unteren Kehlkopfnerven ist die morphologische Grundlage zum Austausch der Nervenfasern verschiedenen Ursprunges und Verlaufes gegeben. F. KLEMPERER.

132) **A. Onodi. Zur Frage der nekroskopischen Untersuchung der Kehlkopfnerven** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. S. 128. 1899.*

O. hält es für nothwendig, dass bei Sectionen nicht nur die Stämme des Vagus, des oberen und unteren Kehlkopfnerven, sondern die einzelnen Kehlkopfmuskeln und die peripheren d. h. Endzweige des oberen und unteren Kehlkopfnerven einzeln, ferner die Verbindungsfäden des Recurrens mit dem Sympathicus und den Herznerven untersucht werden. Er giebt zu, dass diese Untersuchungsmethode viel Zeit und Mühe in Anspruch nimmt, aber „sie ist die einzige präcis wissenschaftliche Methode, welche die klinische Beobachtung vervollkommnet und zum weiteren Aufbau unserer Kenntnisse führen kann." F. KLEMPERER.

133) **A. Onodi** (Budapest). **Das subcerebrale Phonationscentrum.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 331. 1899.*

O. hat eine Reihe von perforirten Neugeborenen und Missgeburten untersucht und constatirt, dass das beim Hunde von ihm „festgestellte Gebiet des subcerebralen Phonationscentrums auch beim Menschen existirt und zwar in ähnlicher Weise zwischen den hinteren Corpora quadrigemina und dem Vagusgebiete". Bekanntlich ist O.'s Feststellung beim Hunde von Grabower und vom Ref. nicht bestätigt worden. Auch seinen Untersuchungen an den perforirten Neugeborenen kann kaum Beweiskraft zugesprochen werden, da natürlich, wenn eine Frucht mit fehlendem subcerebralen Phonationsgebiet nicht schreit, der Schluss noch nicht gestattet ist, dass sie wirklich mangels dieses Centrums nicht phoniren kann.

F. KLEMPERER.

134) **Halban. Infantile Pseudobulbärparalyse.** Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien, Sitzung vom 13. Juni 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 26. 1899.*

Die Störungen der Hirnnervenfunctionen waren sehr hochgradig, die Symptome von seiten der Extremitäten verschwindend gering. Das Kind ist sprachlos, aber nicht wortlos. Ausführliche Publication dieses Falles erscheint später. CHIARI.

135) **W. E. Schenck. Lippen-, Zungen-, Rachen- und Kehlkopflähmung. (Labio-glosso-pharyngeal-laryngeal paralysis.)** *Cincinnati Lancet Clinic. 22. April 1899.*

Vorstellung des Patienten; die Aetiologie der Lähmung ist dunkel.

EMIL MAYER.



136) **v. Zander** (Berlin). **Ein Fall von Vago-Accessorius-Lähmung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. IX. S. 471. 1899.*

Vorstellung eines Patienten, der rechts motorische Lähmung des Gaumensegels, Lähmung sämmtlicher Kehlkopfmuskeln, des Sternocleidomastoideus, eines Theiles des Cucullaris, ferner Sensibilitätsstörungen im Pharynx und Larynx, links Lähmung eines Theiles der Kehlkopfmuskeln und Sensibilitätsstörungen am Gaumensegel und im Kehlkopf, ausserdem Pulsbeschleunigung, Erhöhung der Athemfrequenz und Erscheinungen seitens des Magens zeigte. Es sind also lediglich Aeste des Vagus und Accessorius ergriffen und zwar rechts sämmtliche Aeste dieser beiden Nerven. v. Z. erklärt diese Erscheinungen durch einen Herd, der centralwärts vom Foramen jugulare gelegen sein muss und nicht extramedullar sein kann. Mit den neueren Lehren Grabower's über die centrale Innervation des Larynx ist dieser Fall schwerer in Einklang zu bringen, als mit der früheren Anschauung, nach der Vagus- und Accessoriuskern als zusammenhängend galten.

F. KLEMPERER.

137) **A. W. Mc Coy. Beobachtungen über das Leben gefährdende Kehlkopflähmung im Verlaufe von Typhus. (Observations on laryngeal paralysis dangerous to life, occurring in the course of typhoid fever.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 29. April 1899.*

Die Lähmungen innerer Kehlkopfmuskeln sind beim Typhus nicht gewöhnlich und bleiben oft unerkannt. Die Adductorenlähmung tangirt nur die Stimme, die Abductorenlähmung aber die Athmung. Diese ist daher gefährlich für das Leben. Verf. beobachtete 3 Fälle von Posticuslähmung. In einem wurde die Intubation, im zweiten die Tracheotomie und Intubation gemacht; beide heilten. Der 3. Fall, der nicht intubirt wurde, starb. Verf. fand in den Muskeln Herde von hyaliner Degeneration und erklärt die Lähmung durch infectiöse Neuritis.

EMIL MAYER.

138) **Nihill** (Melbourne). **Doppelseitige Kehlkopflähmung. (Bilateral laryngeal paralysis)** *Intercolonial Med. Journal. 20. März 1899.*

Vorstellung des Patienten in der Medical Society of Victoria. Die Diagnose lautete auf Krebs der Speiseröhre mit Betheiligung der Recurrensnerven.

A. J. BRADY.

139) **S. Bage. Ein Fall von doppelseitiger Abductorenlähmung erfolgreich behandelt durch Entfernung des Isthmus eines Kropfes. (Case of bilateral paralysis of the laryngeal abductors successfully treated by the removal of a bronchocele.)** *Lancet. 4. Februar 1899.*

14jähriger Knabe mit doppelseitiger Posticuslähmung; die Schilddrüse war leicht vergrössert, ihr Mittellappen deutlich ausgebildet. In September 1897 wurde derselbe gespalten. Am 11. März 1898 gab der Vater an, dass noch keine Besserung zu constatiren sei (!). 3 Wochen nachher war der Knabe vollständig geheilt (!!). (Ein höchst eigenthümlicher Fall! Ref.)

ADOLPH BRONNER.

140) **J. Sendziak. Ueber die Kehlkopf-Erscheinungen bei Erkrankungen des Central-Nervensystems. (Zaburzenia krtaniowe przy cierpieniach nerwowejo uktadu osrodkowego.)** *Gazeta lekarska. No. 21, 22, 23, 24. 1899.*

Unter 154 verschiedenen Erkrankungen des Centralnervensystems wurden vom Verfasser folgende Kehlkopferscheinungen beobachtet:

1. Meningo-myelitis syphilitica. Bei einem 46jährigen Manne wurde eine unbedeutende Adductorenparese beobachtet.

2. In einem Falle von Hydrocephalus chronicus (41jährige Frau) bestand Paresis postici dextri.

3. Unter 31 Fällen von halbseitigen Lähmungen in Folge von Haemorrhagia und Encephalomalacia cerebri wurden constatirt: 1mal totale linksseitige Recurrenslähmung, 4mal Paresis postici (einseitige), 2mal Paresis adductorum laryngis (1mal M. transversi, 1mal Mm. thyreo-arytaenoidei intern.).

4. Syphilis cerebri. Bei 16 derartigen Kranken wurde 1mal linksseitige Recurrenslähmung, 3mal Paresis postici constatirt.

5. Tumor cerebri. Unter 10 Fällen wurde 2mal linksseitige Paresis postici beobachtet.

6. Paralysis bulbaris progressiva. Bei 4 Fällen wurde 1mal rechtsseitige totale Posticuslähmung, einmal dieselbe incomplet, einmal totale linksseitige Recurrenslähmung constatirt; im 4. Falle waren keine nachweisbaren Veränderungen vorhanden.

7. Sclerosis disseminata. Bei 8 Kranken wurde einmal Paresis m. transversi, zweimal rechtsseitige Posticuslähmung constatirt.

8. Myelitis chronica transversa. Bei 8 Fällen wurde 4mal totale oder incomplete Paresis m. postici, einmal rechtsseitige totale Recurrenslähmung beobachtet.

9. In einem Falle von Myelitis syphilitica wurde rechtsseitige Posticuslähmung gefunden.

10. Sclerosis lateralis amyotrophica. In einem Falle (39jähriger Mann) wurde rechtsseitige Posticuslähmung gefunden.

11. Dystrophia musculorum progressiva. Ein Fall, bei dem keine nachweisbaren Veränderungen im Kehlkopf constatirt wurden.

12. Syringomyelie. Unter 2 Fällen wurden einmal Paralysis postici sin., im zweiten Parese des linken Stimmbandes constatirt; die letztere verschwand nach einem Monat mit der Abnahme der syringomyelitischen Erscheinungen.

13. Neurasthenie und Hysterie. In 33 Fällen wurden ausschliesslich Adductorenparese und Anaesthesie der Larynxschleimhaut constatirt.

14. In einem Falle von Epilepsie (25jähriger Kranke) wurde Paresis adductorum gefunden.

15. Bei 4 Fällen von Paralysis agitans wurde 2mal undeutlicher Tremor der Stimmbänder constatirt.

A. v. SOKOLOWSKI

141) **Drualt. Syringomyelie mit schweren Kehlkopf-Complicationen. (Syringomyelia with grave laryngeal complications.)** *The Medical Age. Mai 1899.*

Verf. stellt einen Fall dieser Art vor, der bei der geringsten Anstrengung schwere Dyspnoe zeigt.

EMIL MAYER

142) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Zur Kehlkopferkrankung bei Syringomyelie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. H. 2. S. 292. 1899.*

B. giebt eine genaue Zusammenstellung der bisherigen Literatur und schliesst eine eigene Beobachtung an. Sein Kranker zeigte eine doppelseitige Posticuslähmung, deren Entwicklung B. Schritt für Schritt verfolgen konnte, ausserdem eine Gaumenlähmung, die sich aber zum Theil wieder ausglich. — Ausser den Lähmungen, die einseitig oder doppelseitig, als Posticus- oder als Recurrenslähmungen auftreten und gewöhnlich sehr langsam sich ausbilden, kamen bei Syringomyelie auch zuckende Bewegungen der Stimmbänder und Larynxkrisen, ferner von Störungen im Gebiete des sensiblen Nerven Herabsetzung der Reflexerregbarkeit, manchmal auch Analgesie und Thermoanaesthesie zur Beobachtung. F. KLEMPERER.

143) **J. Sendziak. Kehlkopf-Erscheinungen bei Tabes dorsalis. (Zaburzenia krtaniowe w wiadzie rozenia.)** *Kronika lekarska. No. 10, 11. 1899.*

Nachdem der Verf. die in den letzten Jahren viel besprochenen Fragen vom historischen, anatomisch-physiologischen und klinischen Standpunkte recapitulirt hat, beschreibt er kurz 21 von ihm beobachtete Fälle, unter welchen er 8mal Paresen und 2mal Ataxie der Stimmbänder constatiren konnte.

Was die Paresen anbelangt, so gruppirten sich dieselben in folgender Weise:

2 mal totale einseitige Recurrenslähmung.
1 mal beiderseitige Posticuslähmung.
2 mal einseitige Posticuslähmung.
3 mal acomplete Posticuslähmung.
2 mal beiderseitige Adductorenlähmung.

Sogenannte „Crises laryngées" in verschiedenen Nuancen wurden bei 16 Kranken beobachtet. v. SOKOLOWSKI.

144) **H. Burger** (Amsterdam). **Zur Stimmbandstellung nach Recurrensdurchschneidung und zur Frage der Posticuslähmung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 203. 1899.*

Die sehr ausführliche Arbeit prüft in gründlicher und objectiver Weise die beiden im Titel genannten Fragen. Wir haben über die Arbeiten von Grossmann, die eine Revision dieser Fragen nöthig machten, und die Nachprüfungen, die ihnen bisher bereits zu Theil wurden, so eingehend berichtet (vergl. Centralbl. XIV. p. 328 et seq.), dass wir uns hier kürzer fassen können.

Der 1. Theil, der die Stimmbandstellung nach Recurrensdurchschneidung erörtert, ist besonders werthvoll durch die einleitende Zusammenstellung der bisher in der Literatur niedergelegten Ergebnisse von Recurrensdurchschneidungen. Verf. bespricht in den weiteren Capiteln die verschiedenen Factoren, die auf den Ausfall des Experimentes Einfluss haben, die Species der Versuchsthiere, ihr Alter, die Weite der cadaverösen Glottis, die inspiratorische Luftverdünnung unterhalb der Stimmritze, die Wirkung des paarigen M. crico-thyreoideus, die Wirkung der äusseren Halsmuskeln resp. des Constrictor pharyngis, den Einfluss der Narkose, den schliesslichen und dauernden Zustand der Glottis, der von der

Stimmbandstellung unmittelbar nach der Operation verschieden ist. Der Schluss dieses Theiles bringt die Sätze:

„Die Medianstellung ist die charakteristische Position der Recurrenslähmung sicherlich nicht."

„Das gelähmte Stimmband steht unbewegt nach aussen von der Medianlinie, derselben aber bedeutend näher wie vor der Operation."

„Die Stimmritzenweite nach Recurrensdurchscheidung wird in erster Linie durch die Weite der cadaverösen Glottis in jedem Falle bedingt."

Der 2. Theil erörtert die Frage der Posticuslähmung. Dem Bericht über die bisherigen experimentellen Bearbeitungen derselben schliesst B. die Protocolle von 2 eigenen Posticusexstirpationen am Hunde an. Seine Schlusssätze lauten:

1. Dass eine physiologische Verschiedenheit besteht zwischen den beiden antagonistischen Muskelgruppen des Kehlkopfes und dass diese Verschiedenheit nicht nur die Muskeln, sondern auch die entsprechenden Nerven betrifft;

2. dass die Glottiserweiterer anderen Erregungsgesetzen gehorchen als die Verengerer, die letzteren ganz im Allgemeinen einen stärkeren Reiz beanspruchen:

3. dass die Erweiterer früher absterben und die Verengerer widerstandsfähiger sind.

Diesen physiologischen Thatsachen schliesst sich das pathologische Factum der Vorneigung der Erweiterer zum Erkranken, also das Semon'sche Gesetz, in harmonischer Weise an.

F. KLEMPERER.

145) **A. Kuttner** u. **J. Katzenstein**. **Zur Frage der Posticuslähmung (II. Theil) und über die Innervation des Kehlkopfs während der Athmung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. H. 2. S. 308. 1899.*

Ueber den 1. Theil der Arbeit ist bereits berichtet (Centralbl. XV, S. 129). Der vorliegende 2. Theil bespricht in den zwei ersten kurzen Capiteln „das Semon'sche Gesetz, seine historische Entwicklung und Begründung" und „die Grossmann'sche Hypothese und ihre Widerlegung." Die Verff. stellen noch einmal klar, dass bereits vor Semon sowohl die einfache Posticuslähmung (1. Stadium: Beschränkung der Auswärtsbewegung), wie die mit secundärer Abductorencontractur complicirte Posticuslähmung (2. Stadium: Medianstellung) und die totale Recurrenslähmung (3. Stadium: Cadaverstellung) klinisch bekannt waren, dass ausserdem der hypothetischen Annahme, dass den beiden ersten Stadien eine Posticusschädigung zu Grunde liege, durch den Nachweis einer ausschliesslichen Degeneration der Abductoren bei der Section (Riegel) eine anatomische Unterlage bereits gegeben war, und dass schliesslich auch der Uebergang von Stadium 1 in 2 und von Stadium 2 in 3 beobachtet war. In diesem vorhandenen thatsächlichen Material hat dann Semon den gesetzmässigen Zusammenhang erkannt, indem er das nach ihm benannte Gesetz abstrahirte. Grossmann dagegen gründete seine Hypothese auf die Annahme, dass das 1. Stadium der Posticuslähmung beim Menschen nicht beobachtet sei und dass die dem 2. Stadium entsprechende Mittelstellung beim Thiere auch nach Recurrensdurchschneidung auftrete. Beides aber ist falsch. Denn die beginnende einfache Posticuslähmung ist beim Menschen von zahlreichen Beobachtern constatirt wor-

den und die Stimmbandlähmung nach Durchschneidung des Recurrens beim Thiere entspricht nach den übereinstimmenden Resultaten zahlreicher Nachuntersucher nicht dem klinischen Bilde der Medianstellung.

In Capitel 3 berichten die Verff. über die Posticusausschaltungen, welche sie ebenso wie Grossmann nach Querdurchschneidung der Trachea vorgenommen haben. Bei den früheren Operationen von der Seite her wurden Nebenverletzungen erzeugt; die Grossmann'sche Methode liefert reinere Resultate. Die Verff. ziehen aus ihren Versuchen an ca. 50 Hunden folgende Schlüsse:

1. Die ihres M. posticus beraubte Stimmlippe kann nicht mehr so weit abducirt werden, wie früher; es liegt also jetzt das Maximum der Abduction der Mittellinie näher als vorher. Innerhalb der noch möglichen Schwingungsbreite sind die rhythmischen Resprirationsbewegungen und die Phonationsbewegungen erhalten.

2. Bei ruhiger Athmung wird die betreffende Stimmlippe nicht über die Cadaverstellung, wie sie sich nach Durchschneidung des N. laryng. sup. et inf. einstellt, abducirt. Bei angestrengter Athmung geht die Auswärtsbewegung über dieses Maass hinaus.

3. Thiere, die beider Mm. postici beraubt sind, zeigen keine Medianstellung und sterben nicht an Erstickung. Bei ruhigem Verhalten ist die Athmung dieser Thiere zwar meist hörbar, geht aber ohne Anstrengung vor sich. Bei Bewegung oder psychischer Erregung tritt Dyspnoe ein, die unter vollkommener Medianstellung bis zur Erstickung führen kann."

Die Verff. beobachteten die Thiere längere Zeit (bis zu einem Jahre) nach der Operation und sahen keine nachträgliche Veränderung, weder eine weitere Beschränkung der Ad- und Abductionsbewegungen, noch eine weitere Annäherung an die Mittellinie. Die Verff. constatiren, dass sich ihre Resultate vollkommen mit denen Grossmann's decken, in einem wichtigen Punkte aber denen Klemperer's widersprechen, der „nach Wegnahme der Mm. postici nie eine Abduction sah, die über die durch die Cadaverstellung gegebene Breite hinausging." Der Ref. wird in dem nächstfolgenden Referat hierauf zurückkommen.

Capitel 4 zeigt „das Semon'sche Gesetz im Lichte der neuen Thierexperimente." Dem Stadium 1 der einfachen Posticuslähmung, das klinisch wiederholt beobachtet und beschrieben worden ist, entspricht genau das Bild, das sich beim Thiere nach Ausschaltung des M. posticus ergiebt. Ein Analogon für das klinische Stadium 2, die dauernde Medianstellung, aber hat das Experiment nicht ergeben. Der Entfernung der Erweiterer folgt also nicht mit Nothwendigkeit und ohne Weiteres eine Contractur der Verengerer. Es muss vielmehr zur einfachen Posticuslähmung noch ein Factor hinzutreten, um aus dem Stadium 1 das Stadium 2 zu erzeugen. In einer Reihe von Fällen ist es eine Reizung im Gebiete der Adductoren, die zu der Lähmung der Abductoren hinzukommt und aus der einfachen Posticuslähmung die complicirte werden lässt. Ob dies für alle Fälle gilt, ist zweifelhaft; der die Complication bedingende Factor bedarf noch weiterer Klärung.

Aus diesem Kapitel verdient noch die interessante Krankengeschichte eines Mannes Erwähnung, bei dem die Verff. nicht nur den Uebergang von Stadium 1

in Stadium 2 der Posticuslähmung, sondern den Wechsel beider, d. i. Rückkehr aus der mehrtägigen Fixation in Medianlinie in das Stadium der beschränkten rhythmischen Aus- und Einwärtsbewegungen im Laryngoskop beobachteten.

Im letzten Kapitel ziehen die Verff. aus ihrer Beobachtung, dass das posticuslose Stimmband noch über die Cadaverstellung nach aussen geführt werden kann, den Schluss, „dass auch nach der Entfernung des M. posticus noch irgend eine Kraft vorhanden ist, welche eine active Abduction der Stimmlippen zu bewirken im Stande ist". Ueber ihre Vorstellung von dieser Kraft giebt nur der eine Satz Auskunft: „Weitere Experimente haben es wahrscheinlich gemacht, dass der Mm. cricothyreoideus, der M. arytaenoideus und vor allem der M. crico-arytaenoideus lateralis eine Auswärtsbewegung der gleichseitigen, bezw. anderseitigen Stimmlippe bewirken kann".

Es folgt eine Erörterung über „die Innervation des Kehlkopfs während der Athmung." Die Verff. führen gegen die Krause-Semon'sche Lehre, dass die Erweiterer allein während der ruhigen Athmung innervirt sind, eine Reihe von Gegengründen ins Feld. Sie sind der Ansicht, dass „beim Menschen ebenso wie beim Hunde während der Athmung (bei der ruhigen, wie bei der lebhaften) Adductoren und Abductoren innervirt sind. Während der Inspiration wächst die Innervationsenergie der Adductoren, während der Exspiration diejenige der Adductoren. Die Bewegung, die durch die Zunahme der activen Kraft der einen Muskelgruppe ausgelöst wird, wird unterstützt durch den passiven Nachlass der Contraction der anderen Muskelgruppe." Auf die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit der gleichzeitigen Innervation von Abductoren und Adductoren bei der ruhigen Athmung haben bereits Uchermann, Burger u. A. hingewiesen, freilich aus Gründen, die sich jetzt als nicht stichhaltig erwiesen haben. Kuttner und Katzenstein sind auf neuem, eigenen Wege zu derselben Anschauung gelangt. Ihre Gründe bedürfen natürlich auch erst weiterer Prüfung. Bisher ist die ganze Frage sicherlich nicht schlüssig und harrt weiterer Bearbeitung.

Den Schluss der werthvollen Arbeit bildet die Mittheilung einiger Versuchs-Protocolle.

F. KLEMPERER.

146) F. Klemperer. **Ueber die Stellung des Stimmbandes nach Ausschaltung des Musc. cricoarytaenoideus posticus.** *Pflüger's Archiv. Bd. 94. S. 272. 1899.*

K. hat seine früheren Posticusdurchschneidungen an Hunden (vergl. Centralbl. XV. S. 129) mittelst der Grossmann'schen Methode (Centralbl. XV. S. 127), deren Ueberlegenheit er vollständig anerkennt, wiederholt. Er theilt 5 Versuchsprotokolle mit, auf Grund deren er den Effect der Posticusausschaltung folgendermaassen beschreibt: „Das Stimmband ohne Posticus wird nicht mehr abducirt. Durch die Action der Adductoren und des Cricothyreoideus kann es noch rhythmische Bewegungen machen, die es bei der Inspiration aus der Mittellinie heraustreten lassen und exspiratorisch in dieselbe zurückführen. Dabei aber tritt es höchstens bis in die Cadaverstellung nach aussen: es scheint sogar noch innerhalb derselben zu bleiben; niemals aber tritt es über dieselbe hinaus nach aussen. Dagegen zeigt es eine grosse Tendenz zum Verharren in der Mittellinie, in der es durch einen spastischen oder tonischen Krampf

der Adductoren oft minutenlang festgehalten wird. Diese Krampfstellung wird besonders bei der Untersuchung des wachen Thieres beobachtet; die Narkose hebt sie gewöhnlich auf. Regelmässig freilich ist der Wechsel zwischen Mittelstellung und rhythmischen Excursionen nicht; hier scheinen noch individuelle Verschiedenheiten der Thiere oder sonstige unbekannte Factoren mitzuspielen".

Bezüglich der Analogien dieses experimentellen Befundes beim Hunde mit dem Bilde der Posticuslähmung beim Menschen sagt K., dass das in geringem Umfange sich bewegende Stimmband des Hundes der ersten Phase der Abductorlähmung beim Menschen entspricht; der zweiten Phase, bei der das Stimmband in Mittellinie feststeht — fährt er fort — „entspricht das in der Mittellinie fixirte Stimmband des Hundes. Nur ist diese Medianstellung beim Hunde stets nach einiger Zeit vorübergehend; sie kann deshalb nicht durch Contractur, sondern nur durch Spasmus resp. Tonus der Adductoren erklärt werden".

In diesen Resultaten besteht eine erfreuliche Uebereinstimmung mit Kuttner und Katzenstein (vergl. voriges Referat). Denn dass diese auch eine vorübergehende Medianstellung beim Hunde unter dem Einfluss von Bewegung und psychischer Erregung sahen, sprechen sie ja selbst aus (S. 33, Satz 3). Andererseits sagt K. direct, dass der Wechsel zwischen den beschränkten rhythmischen Bewegungen und der Fixation in Medianstellung kein regelmässiger und im Experiment nicht willkürlich erzielbar ist; es spielen hier noch „unbekannte Factoren" mit. Die vollständige Analogie zwischen der oben erwähnten Krankengeschichte von Kuttner und Katzenstein (S. 33) und dem Bilde, das K. in seinen Versuchen erhält, liegt auf der Hand.

Es bleibt somit nur eine Differenz, auf die Kuttner und Katzenstein auch ausdrücklich hinweisen (s. oben S. 33): Diese sehen das posticuslose Stimmband bei forcirter Inspiration über die Cadaverstellung nach aussen treten; K. konnte dies nicht beobachten. Ref. hat in seinen späteren Versuchen ebenfalls auf diesen Punkt besonders Acht gegeben und hält daran fest, dass das posticuslose Stimmband auch bei dem angestrengt athmenden Thiere in der Regel nicht über die Cadaverstellung hinausgeht. Dass es hin und wieder weiter nach aussen geführt wird, leugnet er nicht; aber er muss auf einen Punkt hinweisen, den er in seiner ersten Mittheilung schon betont hat (Fraenkel's Archiv VIII. S. 504), dass die Stimmbänder, auch wenn alle vier Kehlkopfnerven durchschnitten sind, gelegentlich noch nach innen geführt und nach aussen gezogen werden. Nur sind diese Bewegungen nicht mehr rhythmische, sondern unregelmässige, vereinzelte; ohne Frage sind sie passiver Natur. Und ebenso hält Ref. die Abduction des posticuslosen Stimmbandes über die Cadaverstellung hinaus, wenn sie gelegentlich vorkommt, für eine passive. Natürlich bedarf dieser Punkt noch weiterer Aufklärung. Autoreferat.

147) **Donogany. Ueber die Function der Taschenbänder bei der Phonation.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. No. 1. 1899.*

Nach sorgfältiger Berücksichtigung der Literatur kommt Verf., gestützt auf vielfache eigene Beobachtungen, zu dem Schlusse:



Bei der Phonation beobachtet man regelmässige Bewegungen der Taschenbänder, welche durch die Lage des in ihnen gelegenen Muskels bedingt sind und einen bestimmten Typus zeigen; unter pathologischen Verhältnissen bei Behinderung oder Erschwerung des Glottisschlusses treten die Taschenbänderbewegungen helfend oder vertretend auf, neben oder an Stelle der Stimmbandbewegungen.

Die Details sind im Originale nachzulesen. SCHECH.

148) **J. Ph. Elias** (Rotterdam). **Das Sprechen, Ursache von Infection. (Het spreken, oorzaak van infectie.)** *Med. Weekblad. V. No. 48. 25. Februar 1899.*

Anknüpfend an eine Arbeit Fränkel's (Berl. klin. Woch. 1899) betont E. die Gefahr der Infection durch die Mundflüssigkeit, welche die meisten Menschen, wenn sie sprechen, in die Luft hineinschleudern. Zu den antiseptischen Maassregeln beim Operiren möchte E. die Mundreinigung des Chirurgen vor der Operation und sein Stillschweigen während derselben gerechnet wissen. H. BURGER.

149) **Körner** (Rostock). **Die Hygiene der Stimme.** Ein populär-medicinischer Vortrag. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1899.

Der kurz gehaltene Vortrag bringt Alles, was für den inneren und äusseren Schutz unserer Stimmorgane nothwendig ist, in einer so klaren leicht verständlichen Form, dass wir dem Verf. dafür dankbar sein müssen. Unseren stimmkranken Patienten und unseren gesunden Mitmenschen sei die Lectüre dieses Vortrages und die Berücksichtigung der hier empfohlenen Schutzmaassregeln dringend empfohlen. SEIFERT.

150) **Alexander J. C. Skene. Die Stimme als diagnostischer Factor. (The voice in diagnosis.)** *N. Y. Med. Journal. 10. Juni 1899.*

S. hält die diagnostische Bedeutung der Stimme für eine ausserordentlich grosse. Die Function des Larynx wird vom Gehirn und Nervensystem beherrscht und die Stimme giebt über den geistigen Zustand besser Auskunft, als das gesprochene Wort. Worte können trügen und die Gedanken verhüllen; der Charakter der Stimme verräth das wahre Fühlen. „Die Zunge kann lügen, der Larynx sagt die Wahrheit.“ Wir können auf die werthvolle und lesenswerthe Arbeit hier nicht näher eingehen und geben nur die Ueberschriften der 8 Capitel wieder, in denen der Verf. sein Thema abhandelt: 1. Einleitung, 2. der diagnostische Werth der Stimme, 3. krankhafte Veränderungen der Stimme bei Circulationsstörungen, 4. die Stimme als Index für den Zustand des Nervensystems, 5. die Stimme vor und nach grösseren Operationen, 6. das Zeugniss der Stimme nach grösseren Operationen, 7. die Stimme bei apathischen Zuständen, 8. der Schmerzausdruck in der Stimme nach abdominellen Operationen. LEFFERTS.

151) **Carl Seiler. Die schädlichen Folgen forcirter und unnatürlicher Athmung für die Stimmproduction im künstlerischen Sinne und für die individuelle Gesundheit. (The injurious effects of forced and unnatural breathing upon voice production as an art and upon the health of the individual.)** *Pennsylvania Medical Journal. April 1899.*

Die Coordination des Zwerchfells mit den Intercostalmuskeln beim Athmen

während der Stimmproduction ist nothwendig. Ein zu hoher Druck stört die stehenden Wellen in den Resonanzhöhlen und vermindert die Qualität und den Umfang der Stimme. Zu niedriger Druck auf der anderen Seite setzt die Deutlichkeit der Consonanten herab.

EMIL MAYER.

152) **A. Zienciakiewicz. Athemholungs-Typen beim Singen. (Typy oddechania w zastosowaniu do sztubi spiewu.)** *Gazeta lekarska. No. 32, 33. 1899.*

Verf. glaubt, dass der zuerst von Mandl empfohlene diaphragmatische Athemtypus für den Sänger der zweckentsprechendste ist. Am Schlusse seiner Arbeit giebt Verf. allgemeine Regeln über das Athmen beim Singen.

A. v. SOKOLOWSKI.

153) **P. Hellat. Die Theorie der Abdominalathmung beim Singen.** Vortrag, gehalten auf dem XII. internationalen Congress zu Moskau. *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. S. 476. 1899.*

Die Zwerchfellathmung wird von Alters her von Gesangslehrern empfohlen. H. zeigt, dass dieselbe — für die er die Bezeichnung „Abdominalathmung" als entsprechender vorschlägt — zwar richtig ist und beibehalten werden muss, dass aber die theoretischen Begründungen, die ihr Mandl und Merkel gaben, falsch sind. Ihre Vorzüge liegen darin, dass der Thorax und mit ihm die Bronchi während der ganzen Athmungsphase so gut wie ganz unverändert bleiben, also „alle consonirenden Räume in der einmal eingenommenen Ausdehnung und Stellung verharren"; und zweitens, dass die Bauchmuskeln dem Willen besser gehorchen und eher sich jedem Impulse anpassen, als die Intercostales.

F. KLEMPERER.

154) **E. N. Maljutin. Die Bedeutung der Form des harten Gaumens als eines wichtigen Bestandtheiles des Resonators beim Singen.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 9. S. 40. 1899.*

M. hat den Gaumen einer Reihe von Sängern — zum Theil an Abdrücken — gemessen und stellt folgende Sätze auf:

1. Unter sonst gleichen Bedingungen spricht ein hoher Coefficient des Verhältnisses der Höhe zur Steilheit unbedingt für die Güte der Stimme, für ihre Sicherheit und Leichtheit.

2. Eine absolute Höhe spricht für die Stärke der Stimme.

3. Mängel im Bau des harten Gaumens können ein bedeutendes Hinderniss beim Gesangunterricht bilden und ziehen nach sich — wenigstens bei den jetzigen Unterrichtsmethoden — verschiedene Halskrankheiten.

4. Nach der Form des Gaumens, zusammen mit den Resultaten der laryngoskopischen Untersuchung kann man bestimmen, welches Register der Sängerin eigenthümlich ist.

M. überschätzt ohne Zweifel die Bedeutung des Gaumens und übersieht, wie viele andere Factoren noch neben diesem in Rechnung zu ziehen sind. Die Behauptung, dass „von den verschiedenen Gesangunterrichtsmethoden wahrscheinlich eine so gut ist, wie die andere, jedoch jede nur anwendbar bei Personen, welche einen gleichen Gaumen haben, wie ihr Lehrer" und manches andere wird

er wohl bald ebenso einschränken müssen, wie er in der vorliegenden Arbeit einschränkt, was er früher über den Einfluss der Stimmgabeln auf die Stimme gesagt hat.

F. KLEMPERER.

155) **S. Flatau. Intonationsstörungen und Stimmverlust.** *Wiener klin. Rundschau. No. 29. 1899.*

Beiträge zur Lehre von den Stimmstörungen der Sänger. — Eignet sich nicht für ein kurzes Referat.

CHIARI

156) **Abrahams. Aphonie und Dysphonie bei Laryngitis. (Aphonia and dysphonia of laryngitis.)** *N. Y. Med. News. 14. Januar 1899. N. Y. Medical Record. 18. Februar 1899.*

Der Verf. empfiehlt zur Heilung der Aphonie und Dysphonie bei Laryngitis folgendes Verfahren, dem nach seiner Erfahrung kein anderes gleich kommt. Man markirt zuerst mit einem Stift an beiden Seiten des Halses annähernd die Stelle in der Membrana thyro-hyoidea, wo der interne Ast der oberen Kehlkopfnerven, der sensorische Nerv des Larynx, in diesen eintritt. Diese beiden Stellen werden dann mittelst Methylchlorid oder einem Spray von Rhigolen gründlich zum Gefrieren gebracht. Der Erfolg ist fast stets ein momentaner, die Phonation, die eben noch schwierig und schmerzhaft war, ist meist sofort frei.

LEFFERTS.

157) **A. W. de Roaldes** und **Gordon King. Die Falsett-Stimme. (Falsette voice.)** *N. Y. Medical Journal. 22. April 1899. Journ. Americ. Med. Assoc. 29. April 1899.*

Falsettstimme ist ganz etwas anderes, als Eunuchenstimme. Die letztere beruht auf einer Entwicklungshemmung und ist unheilbar. Die Falsettstimme aber ist gewöhnlich leicht zu beseitigen. Meist ist die falsche Athmung an derselben schuld. Die Behandlung besteht in Athemübung und Sprachgymnastik. Man lässt tief und ruhig inspiriren und beim Exspirium erst Vocale, später Silben und Worte anlauten. Eine einzige Lection von 1—2 Stunden kann genügen, um die Falsettstimme in einen Bariton zu verwandeln. Doch ist dann noch längere Ueberwachung nöthig, um Recidive zu verhüten.

EMIL MAYER.

158) **Th. S. Flatau** (Berlin). **Ueber die persistirende Fistelstimme mit Bemerkungen über die stimmärztliche Anwendung des Phonographen.** *Berliner klin. Wochenschr. 15. 1899.*

Verf. empfiehlt die Anwendung des Edison'schen Phonographen zur acustischen Darstellung von Stimmstörungen. „Ungeachtet mancher Unvollkommenheiten, die z. Th. durch Einübung auf dem Apparat überwunden werden müssen, ist die phonographische Fixation und Darstellung stimmlicher Leistungen und Störungen schon in weiten Grenzen möglich. Innerhalb dieser Grenzen verdient die Methode besondere Pflege wesentlich nach 3 Richtungen: 1. Zur Erforschung der Pathologie der Stimmstörungen neben den bisher üblichen Methoden, 2. zur Demonstration und zur Controlle der Therapie, 3. für den klinischen, z. Th. auch

für den physiologischen Unterricht." (Verf. belegte diese Behauptungen durch Demonstration von Phonogrammen einer persistirenden unreinen Fistelstimme, einer Uebungslection und des damit gewonnenen Resultats in der Berliner laryngologischen Gesellschaft.)

ZARNIKO.

159) **G. Hudson Makuen. Ein Fall von fehlerhaftem Sprechen im Zusammenhang mit einigen interessanten Störungen cerebraler Functionen. (Report of case where defective speech results in some interesting derangements of cerebral functions.)** *Journal Am. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

Der Fall betrifft einen 15jährigen Jungen, dessen Sprache so schlecht war, dass man ihn kaum verstehen konnte. Der Junge konnte gut rechnen, war überhaupt durchaus nicht schwachsinnig, aber er hatte enorme Schwierigkeiten im Gebrauch von Buchstaben und Worten und war oft unfähig, die einfachsten Worte zu schreiben oder sich auf eben gelernte Buchstaben und Worte zu besinnen. Es bestand eine functionelle Schwäche des corticalen Worteentrums mit partieller Wortblindheit. M. empfahl systematische Uebungen; der Erfolg sollte entscheiden, ob die Störung functioneller oder organischer Natur sei. Die Besserung des Patienten war wunderbar.

EMIL MAYER.

160) **Antony** (Paris). **Hysterische Taubstummheit. (Surdi-mutité hysterique.)** *Société médicale des hôpitaux. 27. Januar 1899.*

Es handelt sich um einen jungen Soldaten, der plötzlich taub und apathisch wurde, ohne am Ohr oder Larynx Veränderungen darzubieten. Die hysterische Natur dieser Symptome wurde erwiesen durch das Vorhandensein von Anästhesie des rechten Arms, ferner von Gesichtsfeldeinengung mit Anosmie und Fehlen des Rachenreflexes. Der Kranke konnte lesen und schreiben, war überhaupt vollständig im Besitze seiner Intelligenz verblieben.

PAUL RAUGÉ.

161) **Veis. Die hysterische Taubstummheit.** *Münchener medic. Wochenschrift. No. 13. 1899.*

Der Mutisme hysterique von Solis Cohen, auch „Apsithyrie" genannt, findet sich häufiger bei Männern, und zwar tritt derselbe plötzlich durch irgend einen Shok auf. Combinationen mit anderen nervösen Symptomen sind höchst merkwürdig, so namentlich die Verbindung der Stummheit mit der Taubheit, die hysterische Taubstummheit, von der etwa 20 sichere Fälle bekannt sind. V. theilt nun einen weiteren, einen 26jähr. Landwirth betreffenden Fall mit, der über Nacht taubstumm geworden war. Da sich die Krankheit meist im Gefolge von Krämpfen, Extremitätenlähmung, Facialislähmung findet, liegt die Möglichkeit einer Verwechselung mit Apoplexie vor; wichtig ist das Erhaltensein des motorischen Schreibsinnes. Die beste Therapie ist die Application eines kräftigen faradischen Stromes extra- oder endolaryngeal; bei Kindern muss auf Würmer gefahndet und müssen diese eventuell abgetrieben werden. Bei dem von V. mitgetheilten Falle wurde zuerst die Tube catheterisirt, worauf die Sprache von selbst kam.

SCHECH.

162) **Gustav Spiess. Methodische Behandlung der nervösen Aphonie und einiger anderer Stimmstörungen.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 9. S. 368. 1899.*

S. macht auf die vielfältigen aussergewöhnlichen Bewegungen der Zunge, des Halses etc. aufmerksam, die bei nervös Aphonischen als directes Hinderniss der normalen Stimmgebung entgegenstehen. Die gründlichste Untersuchung der Kopfhaltung, der Stellung des Kehlkopfs, der Function des Zwerchfells etc., die Beobachtung jedes Blickes und jeder Geste des Patienten ist nöthig, um die im Einzelfalle vorhandenen Fehler erkennen zu lassen und ihre rationelle Behandlung zu ermöglichen.

Für die methodischen Ton- und Sprachübungen, mit denen die besten Behandlungsresultate erzielt werden, giebt Verf. eingehende Anleitungen. In den schwersten Fällen, in denen weder ein Ton noch ein tonvoller Husten da ist, beginnt er die Uebungen nicht mit den Vocalen (in leichteren Fällen wird mit „o“ angefangen), sondern mit dem klingenden Consonanten „m“. Es folgt „mo“, „mohn“ u. s. w. Bezüglich der Einzelheiten muss auf die Originalarbeit verwiesen werden. Erwähnt sei, dass der Verf. dieselben Stimmübungen zur Behandlung der Singstimme anwendet, und dass er sie auch zur Nachbehandlung für an Stimmbandknötchen Operirte empfiehlt. (Vgl. den Curtis'schen Vortrag diese Nummer S. 55. Red.) Er erklärt die Entstehung der Knötchen durch die Reibung der in entgegengesetzten Phasen schwingenden Stimmbänder. Sie liegen nicht sowohl zwischen vorderem und mittlerem Drittel des Stimmbandes, sondern in der Mitte zwischen dem vorderen Ansatz an der Cartil. thyroid. und hinteren Ansatz am Proc. vocalis, also genau in der Mitte des wirklich schwingenden Stimmbandes. Ganz frische Schwellungen mögen den Stimmübungen noch weichen; ein richtiges Knötchen aber, meint S., wird durch dieselben nicht mehr schwinden: deshalb ist es zu operiren und dann erst sind die Stimmübungen am Platze.

F. KLEMPERER.

163) **Gluck** (Berlin). **Flüstersprache und Phonationsapparate.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 10. 1899.*

G. ermöglicht Laryngectomirten, denen nach seinem und Zeller's Vorschlage die prophylactische Resection der Trachea mit Einnähung des Stumpfes in die Hautwunde gemacht ist, ein tönendes Sprechen durch folgenden Apparat: Eine kleine Gummiprothese passt luftdicht in das Trachealrohr und trägt ein Ventil, das sich bei der Inspiration öffnet, bei der Exspiration schliesst. Der Exspirationsstrom gelangt jenseits des Ventils in einen Gummischlauch, in dem eine die Phonationsvorrichtung bergende Olive sitzt. Diese Olive setzt sich in einen Gummischlauch fort, den sich der Patient bis zur Höhe der Uvulaspitze in den Pharynx einführt, sodass die Olive in einem Nasenloch festsitzt. Wird die Olive angeblasen, so kann Pat. laut und deutlich sprechen, der Apparat bleibt andauernd trocken und functionstüchtig. Von einer weiteren Vervollkommnung seines Apparats erwartet G. nicht allein Vortheile für die Kranken, sondern auch Belehrung über die Theorie der Stimme und Sprache.

Zum Schluss bemerkt G., dass er von seinen letzten 26 hintereinander operirten Kehlkopfcarcinomen 23 geheilt hat.

ZARNIKO.

164) **R. Coën** (Wien). **Ueber einen seltenen Fall von Sigmatismus nasalis. Heilung.** *Wiener med. Wochenschr. No. 27. 1899.*

Der Sigmatismus nasalis beschränkte sich in diesem Falle nicht nur auf die Bildung des „s“ und „z“, sondern auch zugleich auf alle übrigen „S“-Laute. Keine organische Veränderung. Durch entsprechende Uebung erlernte der Knabe zuerst das „sch“ sprechen, sodann leicht alle übrigen „S“-Laute. CHIARI.

165) **Flatau** (Berlin). **Sprachgebrechen des jugendlichen Alters in ihren Beziehungen zu Krankheiten der oberen Luftwege.** *Bresgen's Samml. Bd. I. Heft 8.*

An der Hand von 3 Schulfällen von 1. verstopftem Näseln in Verbindung mit Lispeln und offenem Näseln bei Zischlauten; 2. von Stummheit ohne Taubheit; 3. von Stottern erörtert Verf. das Wesen dieser und anderer Sprachgebrechen, ihre Beziehungen zu Erkrankungen der oberen Luftwege und ihre Therapie. Der interessanten, eingehenden Arbeit in einem kurzen Referat gerecht zu werden ist unmöglich. SALOMON (ZARNIKO).

166) **Clement J. Theisen. Die Aetiologie des Stotterns. (The etiology of stuttering.)** *Albany Medical Annal. April 1899.*

Eine Uebersicht über die Literatur dieser Sprachstörung. EMIL MAYER.

167) **W. Scheppegrell. Der neuropathische Ursprung des Stotterns. (The neuropathic origin of stuttering.)** *Philad. Med. Journal. 14. Januar 1899.*

Nicht jeder Fall kann als Ausdruck einer neuropathischen Familiendisposition oder Degeneration betrachtet werden. Bei einer beträchtlichen Anzahl von Patienten ist nichts derartiges zu erweisen. EMIL MAYER.

168) **Sinkler. Stottern bei Hysterie. (Stammering in hysteria.)** *N. Y. Med. Record. 15. Februar 1899.*

Das hysterische Stottern ist dadurch ausgezeichnet, dass der Patient die Anfangssilben der verschiedenen Worte zu wiederholen vermag und dass er auch nicht die anderen Stotterern eigenthümliche Unfähigkeit, Worte mit gewissen Anfangsbuchstaben auszusprechen, besitzt, ferner fehlen die Gesichtsverzerrungen und die explosive Aussprache mancher Laute. LEFFERTS.

169) **Levy** (Charlottenburg). **Das Wesen des Stotterns.** *Arch. f. Kinderheilk. XXVI. Bd. 5. u. 6. Heft. 1899.*

Das Stottern, welches im Laufe der Sprachentwicklung entsteht, beruht im Wesentlichen auf mangelhafter Einübung der Sprachorgane. Das Centrum des Stotterns ist identisch mit dem Centrum der motorischen Sprachbahn, weil das Stottern ein falsch eingeübtes Sprechen ist. Die Therapie besteht in der Hebung des Allgemeinbefindens, in Kräftigung der Energie, Beseitigung der nervösen Reizbarkeit des Stotterers. Der Kern der Therapie ist ein zweckmässig angeordneter Sprachunterricht, die Kinder müssen von Neuem sprechen lernen.

SEIFERT.



170) **Albrecht** (Berlin). **Bericht über das Jahr 1898 aus der Poliklinik für Sprachstörungen des Dr. H. Gutzmann zu Berlin.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. die ges. Sprachheilk. Februar 1899.*

Die Poliklinik für Sprachstörungen wurde im Jahre 1898 von 168 Patienten besucht, unter welchen die Stotterer überwogen (67). Unter diesen fanden sich 7 Fälle mit adenoiden Vegetationen; bei 2 Knaben wurden sie entfernt, worauf Besserung der Sprache eintrat. Ebenso führte die Entfernung der grossen Rachenmandel bei 3 Patienten zu geringer Besserung. SEIFERT.

171) **Oltuszewski. Die theoretische und praktische Bedeutung der Logopathologie. (Naukowe i praktyczne znaczenie logopatologii.)** *Kronika lekarska. No. 7, 8. 1899.*

Verf. bespricht auf Grund von 1058 von ihm beobachteten Fällen der verschiedenen Formen von Sprachstörung die Classification, Pathogenese und Therapeutik derselben, sowie den Zusammenhang der Logopathologie mit anderen Zweigen der Medicin. Er beschreibt zum Schluss die Anstalten für die Behandlung der Sprachstörungen. A. v. SOKOLOWSKI.

f. Schilddrüse.

172) **H. A. Hare. Ein Fall von acuter Thyroiditis. (A case of acute thyroiditis.)** *N. Y. Medical News. 25. März 1899.*

Auftreten einer acuten Schilddrüsenentzündung mit Symptomen von Thyroidintoxication bei einer Frau nach einer leichten Verletzung an der rechten Seite des Halses. Der rechte Lappen der Thyreoidea schwoll an und es traten Fieber, Palpitationen und andere Symptome auf, die augenscheinlich auf die Gegenwart von Thyreoidsubstanz in der Circulation zu beziehen waren. Die meisten dieser Fälle endigen in Eiterung und Tod; Musser indess hat einen Fall berichtet, der nach Eiterung in Heilung überging. LEFFERTS.

173) **Wakabayaski** (Tokio). **Accessorische Struma am Zungengrunde.** *Tokio Iji-shinshi. Januar 1899.*

Ein 20jähr. Mädchen hat seit 3 Mon. von der Schildknorpelgegend nach den Brüsten austrahlende Schmerzen, vorübergehende Heiserkeit, allmählich zunehmende Schluckbeschwerden, kindliche Sprache, Fremdkörpergefühl im Schlund. In der Mitte des Zungengrundes befindet sich ein taubeneigrosser, halbkugeliger, platter, mit gesunder Schleimhaut bedeckter, von der Unterlage nicht verschiebbarer Tumor. Exstirpation. Heilung. Die mikroskopische Untersuchung erweist denselben als Struma. OKADA.

174) **Schilling. Ueber Tetanie nach partieller Strumectomie.** *Münchener med. Wochenschr. No. 8. 1899.*

Der Fall betrifft einen $15^3/_4$jährigen Metalldrücker, welcher nach Entfernung des linken Schilddrüsenhorns und des Mittellappens plötzlich heftige Krämpfe in

beiden Armen bekam. Sch. erklärt das Auftreten von Tetanie aus der acuten Hypertrophie und rasch vermehrten Consistenz des schon kropfig degenerirten rechten Schilddrüsenlappens.

SCHECH.

175) **Barth** (Leipzig). **Zur Behandlung der Struma mit Thyreoidin.** Dissertat. Würzburg 1899.

Unter 30 aus der Klientel des Referenten stammenden Fällen von Struma wies in 73 pCt. die Thyreoidinbehandlung guten, in 17 pCt. geringen, in 3 Fällen gar keinen Erfolg auf. Von Nebenerscheinungen wurden beobachtet Nervosität und Kopfschmerz, Störungen der Digestion, Herzklopfen, Müdigkeitsgefühl, in Sa. in 5 Fällen.

SEIFERT.

176) **Bramwell. Symptome von Thyroidismus bei einem Säugling nach Darreichung von Thyroidextract bei der Mutter. (Symptoms of thyroidism induced in a nursing infant through the milk of the mother taking thyroid extract.)** *N. Y. Medical Record. 8. April 1899.*

Nachdem er in Myxödemfällen, die mit Thyroidextract behandelt wurden, das reichliche Auftreten von Milch in den Brustdrüsen beobachtet hatte, gab Bramwell einer 34jährigen Frau mit Basedow'scher Krankheit, die ein 6 Monate altes Kind stillte, Thyroidextract. Das Resultat war das Auftreten von Thyroidismus-Symptomen bei dem Kinde.

LEFFERTS.

177) **Jeulain. Jodothyrin bei Thyroid-Chlorose. (Jodothyrin in thyroid chlorosis.)** *N. Y. Med. News. 8. April 1899.*

J. stellt folgende Schlusssätze auf:

1. Unter den durch Autointoxication verschuldeten Chlorosen giebt es eine, welche vom klinischen und therapeutischen Standpunkt aus sich als Thyroid-Autointoxication darstellt.

2. Klinisch charakterisirt dieselbe sich als eine gewöhnliche Chlorose mit einem dem Myxödem ähnlichen Oedem, mit Hypertrophie der Schilddrüse und mit den Zeichen der beginnenden Basedow'schen Krankheit.

3. Therapeutisch ist bemerkenswerth, dass diese Chlorose unter Behandlung mit Jodothyrin verschwindet. Das Jodothyrin wird in Tabletten zu 0,24, drei bis fünf täglich, längere Zeit in allmählich steigender und dann wieder absteigender Menge gereicht.

LEFFERTS.

178) **Paul T. Morf. Sarcom der Schilddrüse. (Sarcoma of the thyroid gland.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 29. April 1899.*

47jähriger Mann, der früher keinen Kropf hatte. Die Geschwulst wurde operirt, recidivirte aber nach 4 Monaten. 4 Wochen später Exitus. Mikroskopische Diagnose: Primäres, gemischt-zelliges Sarcom.

Das Sarcom der Schilddrüse ist eine seltene Erkrankung. Es kommt etwas häufiger in den Ländern mit endemischem Kropf vor, als in denen, wo der Kropf in der Regel nur sporadisch auftritt. Es findet sich häufiger bei Männern als Frauen und öfter in späteren, als in jugendlichen Jahren. Es trifft öfter Personen, deren Schilddrüse bereits Sitz eines Kropfes war.

EMIL MAYER.

179) **Anders. Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (For exophthalmic goitre.)** *Philad. Med. Journal. 18. März 1899.*

Heilung nach 6 Monate fortgesetztem Gebrauch von

Extr. Digital. 0,24
Extr. Ergotin. (Squibb) 0,03
Strychnin. sulfur. 0,03
Ferr. arsenic. 0,12.

Div. in caps. 24. Sign. 3mal täglich 1 Kapsel, nach dem Essen z. n.

EMIL MAYER.

180) **Kant. Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Journal. 25. März 1899.*

Rp. Duboisin sulfur. 0,0005
Aqu. destill. 5,0.
M. D. S. 2- oder 3mal täglich z. n.

EMIL MAYER.

181) **Redact. Notiz. Gegen Basedow'sche Krankheit. (For exophthalmic goitre.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 29. April 1899.*

3 Tropfen Tct. Veratr. virid. 2mal täglich ansteigend bis zu der Menge, die gerade noch vertragen wird, soll in vielen Fällen Heilung bringen.

EMIL MAYER.

182) **H. H. Vinke. Thyroidverfütterung als entwicklungsförderndes Mittel für zurückgebliebene Kinder. (Thyroid feeding as an aid in the development of backward children.)** *N. Y. Med. Record. 15. April 1899.*

Der Erfolg der Thyroidtherapie bei diesen halb-cretinischen Zuständen ist ein ausserordentlicher. Die ersten Fälle dieser Art sind von Draper 1896 und Cl. Dukes 1898 mitgetheilt.

LEFFERTS.

183) **Runeberg** (Finland). **Fall von Myxödem.** *Verhandl. d. Finnsch. Läkaresällskap. XLI. S. 446. März 1899.*

R. demonstrirte einen Patienten mit Myxödem, bei welchem mittelst der Thyreoidinbehandlung in einigen Wochen eine auffallende Besserung sowohl der psychischen als der somatischen Symptome erzielt worden war.

SCHMIEGELOW.

184) **L. Popow. Ueber einen Fall von Myxödem, behandelt mit Schilddrüsenpräparaten. (Po powodu odnawo slutschaja slisistawo oteka, polsowannawo preparatomi schtschitowidno jelesi.)** *Wratsch. No. 2. 1899.*

Der Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass im Verlaufe einer 3monatlichen Behandlung mit Thyreoidin von Ferrein in Moskau und Poehl in Petersburg nicht nur alle Symptome des Myxödems verschwanden, sondern auch die Schilddrüse sich zu entwickeln begann. Im Beginn der Behandlung war sie nicht zu fühlen.

P. HELLAT.

g. Oesophagus.

185) **Rischawy** (Wien). **Der Mechanismus der Erstickung beim Schlucken grosser Bissen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 35. 1899.*

Bissen, welche weder in die Respirationsorgane selbst hineingerathen sind, noch auch für die Passirung des Oesophagus absolut zu gross sind, können eine Erstickungsursache abgeben und zwar in der Weise, dass der Schluckact gerade auf seiner Höhe unterbrochen wird, der freigewordene Bissen auf den Kehlkopfeingang fällt und von dort nicht mehr weggebracht werden kann, da die Wiederaufnahme der Schluckbewegung an dem Bissen selbst ein unüberwindliches Hinderniss findet.

CHIARI.

186) **W. Schmidt. Ein Fall von Fremdkörper im Oesophagus. (Slutschai inorodnawo tela w pischtschewode.)** *Wratsch. No. 26. 1899.*

Ein Knochenstück von 4,2 cm Länge und 2,7 cm Breite wird am 5. Tage vermittelst Oesophagotomie aus der vereiterten Speiseröhre mit gutem Erfolg entfernt. S. warnt vor dem Versuche, jeden Fremdkörper in den Magen hinabzustossen.

P. HELLAT.

187) **Faludy** (Budapest). **Geldstücke in der Speiseröhre.** *Jahrb. f. Kinderheilkunde. 49. 1899.*

Ein 2jähriger Knabe hatte eine Münze verschluckt, das Röntgenbild ergab, dass die Münze in der Höhe des sternalen Endes des Schlüsselbeins in der Speiseröhre steckte. Mit Hülfe des Gräfe'schen Münzenfängers konnte die Münze extrahirt werden. In einem 2. Falle sollte ein 3jähriger Knabe Laugenstein geschluckt haben, bei der Bougirung wurde mit der Sonde ein Zweihellerstück entfernt.

SEIFERT.

188) **J. B. Harrington. Drei Fälle von Operation wegen Fremdkörper im Halse nach Lokalisirung durch X-Strahlen. (Three cases of operation for foreign bodies in the throat located by the x rays.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 6. April 1899.*

1. Sicherheitsnadel bei einem Kind von $1^1/_2$ Jahren, 4 Tage nach dem Verschlucken leicht per os entfernt.

2. 16 Monate altes Kind; Metallknopf mit Nadel durch Oesophagotomie 5 Wochen nach dem Verschlucken entfernt. Tod nach 6 Tagen. Section ergiebt: Multiple Ulcerationen im Oesophagus; bilaterale Otitis media; allgemeine Anämie.

3. 2 Jahre altes Kind. Wassermelonenkern, der durch die X-Strahlen nicht localisirbar war, operativ entfernt.

H. empfiehlt frühe Operation; dieselbe ist den vielen Versuchen mit der Sonde vorzuziehen.

EMIL MAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) St. Clair Thomson (London). **Die Cerebrospinalflüssigkeit und ihr spontanes Entweichen aus der Nase. (The Cerebrospinal Fluid. Its Spontaneous Escape from the Nose.)** Cassell & Co. Ltd. London 1899. 140 pp.

Das Studium dieser ausgezeichneten Monographie ist jedem Fachgenossen dringend zu empfehlen. Dr. St. Clair Thomson hatte die Gelegenheit, Jahre lang einen Fall von anfänglich intermittirendem, später continuirlichem Ablaufen wässriger Flüssigkeit aus einem Nasenloche zu beobachten. Die Patientin war ein 25jähriges Mädchen, dessen Gesundheit nichts zu wünschen übrig liess. Ueber den Ursprung des Leidens war absolut nichts zu ermitteln. Die chemische Untersuchung des Sekrets zeigte, dass es sich um Cerebrospinalflüssigkeit handelte. Diese Beobachtung gab Dr. Thomson die Veranlassung, sich mit der dunklen Frage der Cerebrospinalflüssigkeit überhaupt eingehender zu beschäftigen, und das Ergebniss seiner Studien liegt nunmehr in Gestalt eines Bändchens vor, aus welchem jeder Leser etwas lernen können dürfte.

Nach einer kurzen historischen Einleitung bespricht Th. das Entweichen der Cerebrospinalflüssigkeit 1. aus dem Ohr (nach Traumen), 2. aus dem Ohr (spontan), 3. aus der Nase (nach Traumen), 4. aus der Nase (spontan). Letzteres Vorkommen ist nicht eine anerkannte Thatsache. Es folgt sodann eine genaue Beschreibung von dem Falle des Autors mit genauer Analyse des Sekrets, die von dem bekannten Biochemiker, Prof. Halliburton, vorgenommen worden ist. Sodann folgen andere einschlägige Fälle, die nach des Autors Meinung hierher gehören, und zwar zuerst 9 „unzweifelhafte“, dann 12 „wahrscheinliche“, und endlich 8 „möglicher Weise“ hierher gehörende. Alle diese Fälle werden genau analysirt.

Sodann folgt a) die Differentialdiagnose von 1. nasaler Hydrorrhoë, 2. dem sogenannten „Hydrops des Antrums“ (der Verfasser glaubt nicht an eine chronische Mucocele), 3. von inspirirtem und in der Nase zurückgehaltenem Wasser, 4. von vaso-motorischer Neuritis, 5. vom Sekret zerrissener Lymphgefässe, b) ein klinisches Bild der cerebrospinalen Rhinorrhoë, c) die Beschreibung der chemischen Prüfung der Cerebrospinalflüssigkeit. Hieran schliesst sich ein pathologischer Abschnitt: a) der interne Hydrocephalus, b) die cerebralen Symptome in der Majorität der Fälle, c) die Route, welche die entweichende Flüssigkeit nehmen kann, d) die Behandlung.

Ein zweiter, kurzer, rein wissenschaftlicher Theil behandelt die Beobachtungen des Verfassers über die Zusammensetzung und die Function der Cerebrospinalflüssigkeit beim Menschen. Er bespricht die physikalischen und chemischen Eigenschaften der Cerebrospinalflüssigkeit, ihre Sterilität und Geschwindigkeit, vergleicht den morgendlichen und den abendlichen Erguss, berichtet über die Wirkung der Injection der Flüssigkeit in die Circulation von Thieren, den Ein-

fluss von Anstrengungen und von der Körperhaltung auf den Erguss und auf dessen Zusammensetzung, und schliesst mit einem Bericht über die Zunahme desselben bei Compression des Abdomen.

Das vorstehende Inhaltsverzeichniss dürfte eine Vorstellung von der Reichhaltigkeit des hier auf kleinem Raume Gebotenen geben. Aber nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ ist die Arbeit vorzüglich. Thomson hat den Gegenstand in der That so weit erschöpft, wie es im gegenwärtigen Augenblick möglich ist, und selbst, wenn man ihm vielleicht nicht an allen Stellen zustimmt, so wird man sich doch nirgendwo der Achtung für die Begründung seiner Ansichten verschliessen können. Noch sei rühmend der ebenso ausgedehnten wie gründlichen Literaturbenutzung gedacht.

Ich schliesse, wie ich begann: mit einer dringenden Empfehlung, das Büchlein im Original zu studiren. Felix Semon.

---

b) Handbuch der Laryngologie und Rhinologie herausgegeben von **P. Heymann.** Wien 1896/99. Alfred Hölder. (Fortsetzung.)

P. Heymann: Die katarrhalische Erkrankung des Kehlkopfes und der Luftröhre.

P. Schech: Die tuberkulöse Erkrankung des Kehlkopfes und der Luftröhre.

C. Gerhardt: Die syphilitische Erkrankung des Kehlkopfes und der Luftröhre.

P. Bergengrün: Die lepröse Erkrankung des Larynx und der Trachea.

P. H. Gerber: Acute infectiöse Phlegmone, Erysipelas im Larynx.

F. Klemperer: Die Localisation von Hautkrankheiten und parasitären Affectionen im Kehlkopfe.

P. Pieniázek: Chronische infectiöse Infiltrationszustände in Larynx und Trachea.

W. Landgraf: Kehlkopferkrankungen bei Typhus, Keuchhusten und Cholera.

G. Catti: Kehlkopferkrankungen bei Scharlach, Masern und Varicellen.

G. Hoppe-Seyler: Die diphtheritische und croupöse Erkrankung des Larynx und der Trachea.

A. von Sokolowski: Larynxerkrankungen bei chronischen und Allgemeinkrankeiten.

D. Hansemann: Missbildungen des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Th. S. Flatau: Hygiene des Kehlkopfes und der Stimme. Stimmstörungen der Sänger.

R. Wagner: Hilfsmittel für den laryngologischen Unterricht. Die Photographie des Kehlkopfes.

Das Kapitel über die katarrhalische Erkrankung des Kehlkopfes und der Luftröhre ist eine nicht uninteressante academische Abhandlung über das Wesen des Katarrhs, welche indessen, mit Rücksicht auf die frühere Krieg'sche Besprechung der Schleimhautentzündung, keinem regelrechten Bedürfniss zu entsprechen scheint.

Ueber die tuberculöse Erkrankung des Kehlkopfes und der Luftröhre giebt uns Schech eine ausgezeichnete Monographie. Nach einer historischen Einleitung verbreitet er sich über Aetiologie und betont das in unanfechtbarer Weise festgestellte Vorkommen primärer Larynxtuberculose. Im histologischen Abschnitt reproducirt er einige schöne Abbildungen aus der bekannten Arbeit von Heinze. In Bezug auf die mit zahlreichen Abbildungen ausgestattete Symptomalogie sei hier nur erwähnt, dass Verf. den sogenannten tuberculösen Katarrh immer bereits als ein tuberculöses Infiltrat betrachtet, und dass, auch nach seiner Erfahrung, die einseitige Larynxtuberculose in der Regel auf derselben Seite wie die Lungenaffection auftritt.

Im Abschnitt über die Diagnose wird die Differentialdiagnose zwischen „Lupus“ und „Tuberculose“ gestellt, dabei jedoch mit keinem Worte erwähnt, dass auch der Lupus eine Form von Kehlkopftuberculose darstellt. Es ist gewiss Schade, dass Verf. nicht daran gedacht, dass auch der Kehlkopf-Lupus zu seinem Revier gehörte. Demzufolge fehlt in dem ganzen Handbuch die Besprechung dieser wichtigen Arbeit.

Im Paragraphen über die Prognose und in dem besonders verdienstvollen Abschnitt über die Therapie wird die Frage der Heilbarkeit der Larynxphthise in objectivster Weise erörtert und kann Verf. in voller Anerkennung der bedeutenden Fortschritte der Therapie sich dem „jetzt vielfach beliebten Jubel über die durch die moderne Behandlung erzielten Resultate“ nicht anschliessen, zumal die Zahl der vollständig und dauernd geheilten Fälle eine sehr geringe ist.

Schliesslich sei das practisch eingetheilte, reichhaltige Literaturverzeichniss dem Suchenden empfohlen.

Es dürfte für eine monographische Darstellung keinen schwierigeren Gegenstand geben als die Syphilis, welche ja im Kehlkopfe unter ausserordentlich mannigfaltigen Bildern auftritt. Die Bearbeitung Gerhardt's muss auch in literarischer Hinsicht als eine mustergiltige hervorgehoben werden. Nach den anleitenden und allgemeinen Paragraphen, wo wir mit Befremden nur auf die auf zehn Wochen ausgedehnte Incubationszeit stossen, bespricht Verf. der Reihe nach die verschiedenen anatomischen Krankheitsformen: Katarrh und Erythem, Condyloma latum, Gumma, diffuse Infiltration, Geschwüre, Perichondritis, Cicatrix. Die Localisation am Kehlkopf wird einzeln besprochen, ebenso das Oedema laryngis, die Chorditis inferior, Ankylose, Stimmbandlähmungen und secundäre Geschwülste. Diese ganze Beschreibung ist durch Uebersichtlichkeit und Klarheit ausgezeichnet. Diagnose und Behandlung sind ein wenig stiefmütterlich bedacht worden. Ref. kann z. B. nicht zugeben, dass die Möglichkeit der Verwechslung mit Lupus eine

so entfernte ist, dass die Besprechung der Differentialdiagnose überflüssig wäre. Eine örtliche Behandlung neben der allgemeinen hält Verf. für die grosse Mehrzahl der Fälle für überflüssig.

Der letzte Abschnitt der Arbeit ist den viel selteneren syphilitischen Erkrankungen der Luftröhre gewidmet.

Die beiden Capitel über die Lepra und über das Sklerom sind ausserordentlich geeignet den vielen Laryngologen, welche diese Krankheiten aus eigner Erfahrung nicht kennen ein klares Bild derselben zu verschaffen. Manchem wird es neu sein, dass die Lepra in jedem Falle mit unabweisbarer Sicherheit den Kehlkopf ergreift. Wenn auch die Anaesthesie der Schleimhäute die laryngoskopische Untersuchung ungemein erleichtert, so wird dieselbe dagegen häufig erschwert ja unmöglich durch die schmerzhaften Rhagaden an Lippen und Zunge und durch die Einrollung und Massenzunahme der den Kehlkopf überlagernden Epiglottis. Die typische Knotenbildung, der geschwürige Zerfall, die oft zur Unkenntlichkeit gesteigerte Entstellung des Organs, das ganze vielgestaltige Bild dieser entsetzlichen, unheilbaren Krankheit ist in vortrefflicher Weise beschrieben worden.

Pieniazek, der früher zwischen dem Laryngosklerom und den spontanen Schleimhauthyperplasien, resp. der Stoerk'schen Blennorrhoë unterschied, hat sich später überzeugt, dass auch die letztere durch den Frisch'schen Bacillus verursacht wird und als Sclerom aufgefasst werden soll. Nur die mit Ozaena im Zusammenhang stehenden fötiden Katarrhe ohne Infiltration sind von dem Sklerom zu trennen. Die Symptomatologie ist sehr kurz, die makroskopische Pathologie, das Spiegelbild, dagegen ausführlich geschildert worden. Ref. kann die Lectüre dieser beiden Capitel nur wärmstens empfehlen.

Es dürfte kein sehr glücklicher Gedanken gewesen sein, die Bearbeitung der acuten Laryngitis, der acuten submucösen Laryngitis und der acuten infectiösen Phlegmone drei verschiedenen Autoren zu überweisen. Eine einheitliche Behandlung wäre gewiss mehr geeignet zur Klärung dieses verwirrtesten Gebietes der Laryngologie beizutragen. Indessen ist die Gerber'sche Arbeit, die von grosser Literaturkenntniss und kritischer Begabung zeugt, ein dankenswerther Beitrag zur der Frage. Ob es Verf. gelungen ist zu beweisen, dass die Krankheitsbilder der Phlegmone und des Erysipels des Kehlkopfes auseinandergehalten werden sollen, möchte Ref. dahingestellt sein lassen. Die Prognose dieser Leiden bezeichnet Verf. als dubia; beim Erysipel ad bonam, bei der Phlegmone od malam vergens.

Klemperer giebt einen lesenswerthen Ueberblick über die im Kehlkopf localisirten Krankheiten der Haut: Herpes, Pemphigus, Urticaria, Soor. Sämmtliche Affectionen sind im Kehlkopf selten. Vielleicht ergebe ein sorgfältigeres Achten auf die mit Herpes labialis einhergehenden acuten Laryngitiden eine grössere Häufigkeit des laryngealen Herpes. Von den Pemphigusfällen mit vorwiegender Betheiligung der Schleimhäute enden nach Verf. fast $^3/_4$ letal.

Ref. vermisst in Anschluss an die behandelten Schleimhaut-Ausschläge eine Besprechung der Aphthen laryngis, die übrigens im Seifert'schen Capitel über die Ulcerationen der Schleimhaut kurze Erwähnung gefunden hat.

Die beiden (warum zwei? Ref.) guten Capitel über Kehlkopferkrankungen bei acuten Infectionskrankheiten seien hier nur kurz erwähnt. Hervorzuheben ist die sehr kritische Besprechung der Pathogenese und der pathologischen Anatomie der verschiedenen typhösen Kehlkopflocalisationen. Den Randgeschwüren der Epiglottis schreibt Landgraf, wie Louis, eine sehr hohe Bedeutung für die Diagnose Abdominaltyphus zu. In Bezug auf die Masern bestätigt Catti auf Grundlage einer grossen Erfahrung die Beschreibung Löris vom Auftreten von Makeln auf der Schleimhaut des Larynx und der Trachea, bereits am ersten Erkrankungstag des Masernprodromalstadiums. Demnach existire kein eigentliches Prodromalstadium der Masern.

Die Erkrankungen des Kehlkopfes bei Influenza, Rotz und Variola werden nicht in diesem Bande, sondern an anderen Stellen besprochen.

Eine Besprechung der diphtheritischen und croupösen Erkrankung des Larynx und der Trachea auf nur 25 Seiten könnte unmöglich mehr wie einen flüchtigen Ueberblick über das reichhaltige Thema bieten. Indessen angesichts der eigenthümlichen losen Beziehung zwischen unserer Specialität und der Diphtherie dürfte das hier Gebotene dem Zwecke vollauf entsprechen. Die Auffassung des Croup als einer Theilerscheinung der Diphtherie ist jetzt allgemein acceptirt. Die Behandlung der Larynxdiphtherie lässt Verf. in allen Fällen mit einer starken Dosis Heilserum beginnen. Bei reiner Diphtherie des Kehlkopfes empfiehlt er die Intubation. Die Tracheotomie reservirt er für schwere Fälle.

Es sei hier bemerkt, dass — ebenso wie von Lepra und Sklerom — auch von der Diphtherie die Localisation im Rachen und in der Nase in den beiden andern Bänden des Handbuches von demselben Autor behandelt worden ist.

Eben weil die chronischen Allgemeinerkrankungen und Constitutionsstörungen nur sehr wenige typische Affectionen im Kehlkopfe veranlassen, war die systematische Zusammentellung alles einschlägigen Materials eine schwierige, dazu aber sehr nützliche Aufgabe, für deren Lösung wir dem Verf. gern Dank zollen.

Die typischsten Kehlkopfveränderungen in Folge von Constitutionsleiden sind die an den Larynxknorpeln seltenen arthritischen Tophi. Auch die leukämischen Infiltrationen auf der Kehlkopfschleimhaut sind selten. Die Beziehungen zwischen den physiologischen und pathologischen Vorgängen der weiblichen Geschlechtsorgane und der oberen Luftwege werden kurz erörtert. Hier hätten auch die Pubertätsneurosen der Knaben einen Platz finden können. Zum Schluss erwähnt Verf. den Einfluss einiger chronischen Vergiftungen (Alkohol, Tabak, Quecksilber, Jod) auf die Kehlkopfschleimhaut.

Die nicht zu seltenen schweren Missbildungen des Kehlkopfes und der Luftröhre werden von Hansemann nur berührt. Von den die Lebensfähigkeit nicht ausschliessenden Missbildungen behandelt er in drei Abschnitten diejenigen des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Schilddrüse, schliesslich solche der Nerven und Gefässe.

Ein Capitel über die Hygiene des Kehlkopfes und der Stimme ist neu in den laryngologischen Handbüchern. Wir begrüssen dasselbe mit grosser Freude und bedauern umsomehr die Abwesenheit eines Capitels über die Sprach-

Physiologie. Wenn auch das Bestreben des Verf.'s, „die Form feuilletonmässiger Schilderung“ zu vermeiden, als gescheitert angesehen werden muss[1]), so kann Ref. die Lectüre dieser an guten Rathschlägen und Erfahrungsergebnissen reichen Arbeit nur bestens empfehlen. Die gesonderte Besprechung der Erziehung (Uebung und Entwicklung) und der Erhaltung der Stimme erweist sich als ganz zweckentsprechend. Verf. vertheidigt mit guten Gründen den Nutzen von Gesangübungen im kindlichen Alter. Nur während der Stimmmutation (nicht Mutismus! = Mutitas = Stummheit. Ref.) verlangt er streng eine Pause. Als wichtige heilgymnastische Uebungen empfiehlt er das Rudern und Schwimmen, auch das Radfahren und Turnen. Störungen der Wegsamkeit der Nase sollen beseitigt werden; ausgebreitete atrophische Catarrhe lassen ihn davon abrathen, den Gesang als Beruf zu wählen. Ausführlich verbreitet er sich über die Erziehungsfehler: das Singen auf den Kehlkopf, zu lange fortgesetzte Uebungen u. s. w. Zur Erhaltung der Stimmmittel betont er die Wichtigkeit der Lage für das Gebiss, der Schonung des Organs bei Erkrankungen desselben, der Vermeidung von Alcoholocis und Tabak.

Die Stimmstörungen der Sänger sind in subjective und objective Störungen eingetheilt und der Reihe nach besprochen worden.

Wagner giebt eine Zusammenstellung der Hilfsmittel zur Erlernung der laryngoskopischen Technik und zum laryngologischen Unterricht. Dem ersteren Zweck dienen eine grosse Anzahl Phantome (Oertel, Tobold, Waldenburg, Isenschmid, Labus Garel, Baratoux, Schech). Unter den zweiten erwähnt er Schemata zum Einzeichnen des laryngoskopischen Befundes und die Apparate zur Demonstration der Kehlkopfmuskeln (Oertel, Wagner). Auch die Kehlköpfe aus Papier maché und die laryngoskopischen Atlanten gehörten hierher. Ref. möchte hieran die Klage über den Mangel an guten laryngologischen Wandtafeln knüpfen. Er hat, wahrscheinlich in der Internationalen Medicinischen Ausstellung zu Rom 1894, ausgezeichnete laryngo-rhinoskopische Tafeln gesehen; hat dieselben aber später nirgendwo auffinden können. Kann einer der Collegen Auskunft geben? [Vgl. Centralblatt XI. S. 503. Red.]

Zum Schluss des Bandes giebt Wagner eine historische Schilderung der verschiedenen Bestrebungen zur Photographie des Kehlkopfes. Dieselben fängt mit Czermak an, der jedoch die Photographie nur in Verbindung mit der Autolaryngoskopie übte. Mandl soll 1860 schon recht Gutes geleistet haben; allein es ist keine Beschreibung seines Apparates bekannt geworden. Es folgen dann die Versuche von Stein, French, Behnke und Beregszázy; während schliesslich Wagner und Musehold beide vom Standpunkt ausgegangen sind, dass das photographische Verfahren sich der gewöhnlichen Laryngoskopie eng anlehnen müsse.

Mit dem von Kronenberg bearbeiteten Register schliesst die Laryngologie.

---

1) Als Beispiel sei folgender Satz citirt: „Von den überängstlichen Gemüthern unter den Rednern und Sängern, die bis zum Knie in Flanell verpackt, nie ohne Salmiakplätzchen oder Emser Pastillen ausgehen, führt ein weites Feld nuancenreicher Uebergangstypen zu den übertapferen Prahlern, die sich Alles zumuthen und als deren Prototyp der alkoholophile dicke Bassist anzusehen ist.“



Dem Ref. war die Lectüre dieser beiden stattlichen Bände ein wahrer Genuss. Mögen alle Collegen die gleiche Erfahrung machen!

Amsterdam, October 1899. H. Burger.

---

c) British Medical Association.

Jahresversammlung in Edinburgh 1898.

Section für Laryngologie und Otologie.

Vorsitzender: Dr. P. Mc Bride.

Der Vorsitzende heisst die Gesellschaft in der schottischen Hauptstadt herzlich willkommen und eröffnet die Verhandlungen der Section mit einer Ansprache über „die Ausbreitung der Laryngologie und Otologie". Sowohl nach der medicinischen, wie nach der chirurgischen Seite besteht für den Specialisten die Gefahr, dass er das Feld seiner Thätigkeit zu weit in die Domäne des allgemeinen Arztes und Chirurgen hinein ausdehnt: der Laryngologe, der die Thyrotomie und Excisionen ausführt, vermag auch Kröpfe und Halsdrüsen zu entfernen und bald wird er nicht mehr zögern, am Oesophagus und am Magen zu operiren. Dasselbe Ausbreitungsbestreben zeigt sich auch in der Otologie und Rhinologie, wenn auch bei beiden naturgemäss nicht in demselben Maasse wie bei der Laryngologie.

Der Vorsitzende wendet sich dann dem starken Anwachsen der literarischen Thätigkeit zu und bespricht einige ins Auge fallende Besonderheiten der Specialliteraturen der verschiedenen Länder. Der englische Autor liebt die Kürze und hebt mehr die practische, als die rein wissenschaftliche und theoretische Seite seines Themas hervor. Der deutsche Autor dagegen geht hervorragend ins Detail und beleuchtet seine Frage von jedem nur möglichen Gesichtspunkt aus und nicht immer in den kürzesten Worten; dabei zeigen manche deutschen Autoren eine Tendenz zur Polemik, manchmal geradezu zu persönlichen Angriffen. Freilich darf nicht verkannt werden, dass gegenwärtig die beste medicinische Literatur aus Deutschland stammt. Frankreich liefert viele vortreffliche Arbeiten; es scheint aber doch, als ob die Menge des vorhandenen Materials die grosse Zahl der Journale, welche in französischer Sprache den genannten Specialitäten gewidmet sind, nicht rechtfertigte.

Indem Redn. von der nationalen zur individuellen Charakteristik übergeht, erklärt er für den besten Autor denjenigen, der etwas Neues und Werthvolles mitzutheilen hat. Weniger Anerkennung verdient derjenige, welcher von den grossen Erfolgen irgend eines neuen Heilmittels berichtet, das oft nur in seiner Hand sich als wirksam erweist, und ferner derjenige, der mit begrenzter allgemein-medicinischer resp. chirurgischer Bildung die Bedeutung des Specialorgans, mit dem er sich beschäftigt, zu vergrössern sucht.

Zum Schluss führt Mc Bride seine Gedanken darüber aus, wie man die un-

geheure Menge der Specialliteratur auf dem Gebiete der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in einer handlicheren Form dem Leser darbieten könnte. Er empfiehlt 1. Schaffung einer Körperschaft, bestehend aus Männern von reifer Erfahrung und weiter Belesenheit in jedem Lande, die in ihrer Stellung etwa äquivalent den Mitarbeitern der heutigen Centralblätter und Journale wären. 2. Wahl von 2 oder 3 solcher Mitarbeiter in ein engeres Centralcomité in jeder Metropole. 3. Bildung eines Stabes von Referenten aus den jüngeren Autoren. — Jeder Mitarbeiter würde bestimmte Journale zu lesen haben; aus diesen hätte er dem Centralcomité die Titel der Arbeiten namhaft zu machen, die er der Verbreitung für werth erachtet. Die so entstehende Liste wird vom Centralcomité geprüft, eventuell auch gesondert und geht dann den Referenten zu. Auf diese Weise käme ein Journal zu Stande, das nur das beste von allem, was geschrieben wird, brächte, das sich in vernünftigen Dimensionen hielte und das auch, wenn es in englischer, französischer und deutscher Sprache erschiene, in geschäftlicher sowohl wie in wissenschaftlicher Beziehung Erfolg haben dürfte.

Zur allgemeinen Discussion war das Thema gewählt:

Die Wechselbeziehungen und der relative Werth der experimentellen Forschung und der klinischen Erfahrung in der Laryngologie, Rhinologie und Otologie.

Sir Felix Semon (London) hatte das Referat übernommen, soweit die Laryngologie in Frage kommt. Er theilt die Laryngologen, die in dieser Frage sich eine Meinung gebildet haben, in 3 Gruppen: diejenigen, die den Werth der experimentellen Forschung vollständig leugnen, dann diejenigen, denen die klinische Erfahrung bedeutungslos erscheint, und schliesslich eine dritte vermittelnde Gruppe, zu der Redner sich selbst rechnet, die beide Methoden bei richtiger Anwendung in gleicher Weise für ausserordentlich werthvoll ansieht, wenn auch beide nicht unfehlbar sind. An einer Reihe von Beispielen zeigt Semon, dass die klinischen Methoden gewöhnlich die Natur der meisten localen und auch der constitutionellen Erkrankungen klarstellen, wenn auch Fälle vorkommen, in denen sie nicht ausreichen, eine bestimmte Diagnose zu stellen. Auch die Hilfsmethoden der mikroskopischen, bacteriologischen, elektrischen etc. Untersuchung führen nicht immer zu ganz zuverlässigen Schlüssen. Deshalb erschien es wünschenswerth, das Experiment zu Hülfe zu rufen. Freilich ist es fraglich, ob die Resultate, die bisher mit demselben auf laryngologischem Gebiete erzielt wurden, so zuverlässig und allgemein anerkannt sind, dass man berechtigt wäre, das experimentell Gewonnene als Gesetz der klinischen Auffassung unterzulegen. Semon giebt einen Ueberblick über die hauptsächlichsten experimentellen Forschungen, die in der Laryngologie gemacht wurden, und zeigt, dass dieselben, soweit sie sich in der richtigen Beschränkung hielten, wie es in gewissen Fragen der Fall war, unzweifelhaft von entscheidender Bedeutung waren und von grossem Werth für den klinischen Fortschritt. Auf der anderen Seite hat das Experiment manche der vorhandenen Schwierigkeiten nicht aufzuklären vermocht, ja dieselben noch vergrössert und auch einigen Grundproblemen der Laryngologie gegenüber hat der

Versuch der experimentellen Aufklärung versagt. — Redner wendet sich dann den verschiedenen Fehlerquellen der experimentellen Forschung zu, die er selbst bei seinen eigenen Untersuchungen kennen gelernt hat. Er stellt 4 principielle Punkte auf, die man bei der Beurtheilung jedes Experimentes sich stets gegenwärtig halten muss. 1. Die Frage, zu deren Lösung das Experiment angestellt ist; 2. die Methodik des Experimentes; 3. die möglichen oder wahrscheinlichen Fehlerquellen in dem individuellen Falle; und 4. die Persönlichkeit des Experimentators. Semon drückt zum Schluss die Ueberzeugung von neuem aus, der er vor 8 Jahren schon Ausdruck gegeben hat: dass ihm die klinische und experimentelle Erfahrung langer Jahre keinen Zweifel darüber gelassen hat, dass in diesen Fragen weder das Experiment der klinischen Auffassung, noch die klinische Beobachtung dem Experiment das Gesetz vorschreiben kann. Aber ebensowenig besteht zwischen beiden eine Unvereinbarkeit, vielmehr ergänzen sie sich gegenseitig und wo immer ein Widerspruch sich zu erheben scheint, da ist der Conflict nur ein scheinbarer; bei genügender Geduld und Sorgfalt lässt er sich immer erklären durch Mängel der klinischen oder pathologisch-anatomischen Untersuchung, durch Fehler in der Methode des Experiments oder durch eine falsche Fragestellung für dasselbe.

Greville Macdonald (London) beleuchtet die rhinologische Seite der Frage. Die Function der Nase, die eingeathmete Luft zu erwärmen, anzufeuchten und zu filtriren wurde vermuthet, ehe noch ein Experiment nach dieser Richtung unternommen war, so dass die Laboratoriumsforschung hier nur die klinische Beobachtung bestätigte. Es wurde gezeigt, dass die Feuchtigkeitsmenge, welche die Einathmungsluft aufnimmt, wechselt a) mit der Geschwindigkeit des Inspirationsactes, b) mit der Weite der Nasenpassage und c) mit dem Grade der Schwellung des erectilen Gewebes. Letzteres Factum ist von Bedeutung mit Rücksicht auf die pathologischen Zustände des erectilen Gewebes und wegen der Unbedenklichkeit, mit der manche Rhinologen die radicale Entfernung der unteren Muscheln empfohlen und ausgeführt haben. Die experimentelle Forschung hat ferner ergeben, dass eine Schleimhaut, über welche die Athemluft streicht, bis zu einem gewissen Grade die Functionen der Lunge theilt. Weiterhin haben St. Clair Thomson und andere die filtrirende Fähigkeit der Nase erwiesen, welche mit der bemerkenswerthen Toleranz derselben gegenüber unreinen Instrumenten und gegenüber der mit Mikroorganismen überladenen Atmosphäre zusammenfällt.

Redner wendet sich dann den sogenannten Reflexphänomenen der Nase zu, die physiologischer Demonstration kaum zugänglich sind und deren Studium deshalb mit grösserem Interesse vom klinischen Standpunkt aus betrieben worden ist. Macdonald kommt zu dem Schluss, dass zwar auch auf rhinologischem Gebiete das physiologische Experiment die klinische Thätigkeit gefördert hat, dass die letztere aber doch in weit höherem Maasse von der klinischen Beobachtung Nutzen gezogen hat und auch fernerhin ziehen wird, vorausgesetzt, dass die physiologischen Schlüsse aus derselben mit der genügenden Vorsicht gezogen werden.

William Milligan (Manchester) als dritter Referent spricht über den Werth, den die experimentelle Forschung für die Otologie gehabt hat[1]).

In der Discussion ergab sich allgemeine Zustimmung zu den Ausführungen der Redner.

Holbrook Curtis (New York): Die Behandlung der Laryngitis der Sänger.

Die Laryngitis der Sänger ist ein einfach entzündlicher Zustand des Larynx und der Stimmbänder, der den Sänger vorübergehend am Gebrauch seiner Stimme verhindert; die allgemeine Entzündung, die man bei der gewöhnlichen Laryngitis findet, fehlt dabei. Die häufigste Ursache ist die Reibung. Dieselbe wird durch Stimmanstrengungen oder -Missbrauch hervorgerufen, wobei die gegenüberliegenden Knotenpunkte der vibrirenden Segmente einander berühren. Der unter dem Namen „Coup de glotte“ bekannte Stimmansatz ist für viele Fälle dieser Art verantwortlich. Der Zustand der chronischen Entzündung, der sich so herausbildet, kann zu der sogenannten Sodawasserflaschenform der Stimmbänder führen, welche durch interstitielle Veränderungen und möglicherweise auch durch die Bildung von Reibungsknötchen verursacht wird. Durch die Anwendung von Stimmübungen lassen sich Knötchen ohne mechanische oder chirurgische Hilfe beseitigen und die Gewohnheit derartiger Stimmübungen ist für jeden Sänger vom Beginn seiner Carriere an wichtig zur Vermeidung solcher Affectionen. Die richtigen Uebungen verhüten die Berührung der Stimmbänder mit einander, so dass eine Reibung unmöglich wird. (Redner demonstrirt seine Uebungsmethoden.) Indem die Nasen- und Mundhöhle in richtiger Weise in Mitthätigkeit gesetzt werden, kommt eine verschiedene Reihe von Obertönen zu Stande und dementsprechend nehmen die Stimmbänder ein anderes Arrangement der Segmentation an. Bei täglichem Gebrauch dieser Uebungen lässt die durch die Reibung verschuldete Entzündung nach.

Dundas Grant hat ebenfalls von den Stimmübungen den grössten Nutzen gesehen. Beim Singen in Kopfregister werden die Stimmbänder verdünnt und dabei kommt eine Verdrängung von Blut aus den Gefässen und eine mechanische Anämie zu Stande.

Cecil E. Shaw (Belfast): Ein Fall von Epitheliom des Rachens.

Frau P., 36 Jahre alt, suchte den Redner am 19. Mai 1897 mit Klagen über Schluckbeschwerden und ein lästiges Gefühl im Halse auf. Die Patientin ist wohl genährt; in ihrer Familien-Anamnese liegt nichts Belastendes; Aborte haben nicht

1) Dr. Turner hat die Güte gehabt, uns einen Auszug aus dem vorzüglichen einleitenden Vortrage Dr. Milligan's zu senden. Leider können wir denselben nicht aufnehmen, da sein Inhalt, der rein otologischer Natur ist, nicht in den Rahmen des Centralblatts gehört und wir keine Präcedenzfälle zu schaffen wünschen. Interessenten werden den Vortrag in extenso in der Septembernummer des Journal of Laryngology 1898 finden. Red.



stattgefunden. Anfang März 1897 fingen ihre Halsbeschwerden zuerst an, Ende April wurde ihre Stimme heiser und Schluckschwierigkeiten stellten sich ein. Schmerzen haben niemals bestanden. — Die Untersuchung ergiebt einen trockenen und schmutzigen Rachen; mit dem Kehlkopfspiegel sieht man eine etwa nussgrosse Schwellung an der hinteren Rachenwand direct hinter der Epiglottis, die von der an dieser Stelle ulcerirten Geschwulst berührt wird. Lymphdrüsen sind nicht vergrössert. Redner, der eine antisyphilitische Behandlung empfahl, sah die Patientin nicht wieder. Er hörte später, dass Blutungen aus der Geschwulst sich eingestellt hätten und dass die Patientin, ohne dass neue Symptome sich entwickelten, allmählich schwächer geworden sei, bis sie comatös wurde und am 9. Juli starb. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab, dass es sich um ein Epitheliom handelte. Das Alter der Patientin und das Fehlen von Schmerzen verdienen Beachtung.

In der Discussion, die sich anschloss, erörtern Mc Bride, Semon und Milligan die Frage des Vorhandenseins oder Fehlens von Schmerz in diesen Fällen. Beides kommt vor. Der Vorsitzende, Dundas Grant und Urban Pritchard weisen auf die Wichtigkeit der digitalen Untersuchung in diesen Fällen hin.

Walker Downie (Glasgow): Drei Fälle von Fremdkörper im Halse mit Lokalisation durch Roentgenstrahlen.

Redner illustrirt seine 3 Fälle durch Projectionsbilder. In Fall 1 war eine Nadel längere Zeit im Larynx festgekeilt, im Fall 2 steckte eine Nadel dicht am hinteren Rand des Schildknorpels ausserhalb des Larynx. Mit dem Kehlkopfspiegel war der Fremdkörper in beiden Fällen nicht zu sehen und ebense wenig konnte er mit dem palpirenden Finger gefühlt werden. — In dem 3. Falle handelte es sich um ein im Oesophagus festgeklemmtes Pennystück, das nach der Lokalisirung durch X-Strahlen mit dem Münzenfänger entfernt wurde. — In Fall 1 wurde der Schildknorpel in der Mittellinie des Halses blosgelegt, das Perichondrium gespalten; der Nadelkopf konnte nun mit der Zange gefasst und extrahirt werden. — In Fall 2 liess sich die Nadel in der rechten Fossa hyoidea mit der Zange fassen und durch den Mund entfernen.

Adolph Bronner (Bradford): Zur gründlicheren Sterilisirung unserer Hals- und Naseninstrumente.

Redner erklärt das Kochen für die einzig zuverlässige Art, die Instrumente zu sterilisiren, und demonstrirt einen neuen vertikalen Sterilisationsapparat.

H. S. Birkett (Montreal): Ein Fremdkörper im Nasenrachenraum.

Ein Fingerhut steckte seit 19 Jahren im Nasopharynx; er war verborgen unter einer starken Ablagerung von Kalksalzen. In der Chloroformnarkose wurde der sehr festhaftende Fremdkörper mit der Zange entfernt.

Middlemas Hunt (Liverpool): Ueber die Beziehung der fibrinösen Rhinitis zur Diphtherie.

Redner berichtet über drei Fälle, die das Bild fibrinöser Rhinitis darboten,

aber der Diphtherie so überaus nahe standen, dass eine Diagnose auf rein klinischem Boden kaum möglich war.

Fall 1. Ein Mediciner mit nasaler Verstopfung und wässrigem Ausfluss seit etwa 1 Woche. Bei der Untersuchung findet man beide Nasenseiten mit einer wohl ausgebildeten dicken, weissen Membran ausgekleidet; deren Fortnahme Blutung erzeugte. Constitutionelle Symptome fehlen! Die Diagnose wird auf fibrinöse Rhinitis gestellt. Später tritt auch im Halse Membranbildung auf und es folgt eine Lähmung, so dass der diphtheritische Charakter der Affection keinem Zweifel mehr unterliegt.

Fall 2. Kleines Mädchen mit denselben Symptomen und demselben Befunde wie in Fall 1; nur ist die Membran dünner und brüchiger. Fieber, Eiweiss im Urin und Drüsenschwellung fehlen. Die bakteriologische Untersuchung der Membran ergiebt nur Streptokokken und Staphylokokken.

Später aber erfuhr H., dass das Kind vor 1 oder 2 Monaten eine Mandelentzündung gehabt hat, der eine Lähmung folgte, und dass eine Reihe von anderen Kindern, die mit ihm in Berührung gekommen waren, sich auch mit Halsaffectionen gelegt haben.

Fall 3. Kleines Mädchen, das im Anschluss an eine Erkältung vor 8 Jahren mit nasaler Verstopfung und Ausfluss aus der linken Nase erkrankte. Halsweh wurde in diesen 8 Wochen nie geklagt. Bei der Untersuchung sah man eine frische Adhäsion zwischen dem vorderen Ende der linken unteren Muschel und dem Septum und hinter derselben einige membranöse Flecke. Drüsenschwellung war nicht zu constatiren, ebenso wenig Eiweiss oder eine Lähmung. Ein Dienstbote des Hauses hatte eine Halsaffection und wurde später an diphtheritischer Lähmung behandelt. Eine Woche nach der Erkrankung dieser Person starb ein Bruder des kleinen Mädchens an Croup.

Redner stellt folgende Schlusssätze auf: 1. Zwar ist zuzugeben, dass auch andere Bakterien ausser dem Diphtheriebacillus zu membranöser Exsudation in der Nase Anlass geben können, doch ist die grosse Mehrzahl aller Fälle von fibrinöser Rhinitis durch den Löffler'schen Bacillus bedingt. 2. Es ist unmöglich, auf klinische Zeichen allein fibrinöse Rhinitis und milde Nasendiphtherie zu unterscheiden. 3. Man sollte alle Fälle von fibrinöser Rhinitis als diphtheritisch ansehen, bis das Gegentheil durch zuverlässige bakteriologische Untersuchung erwiesen ist.

L. H. Pegler: Eine Operation zur Beseitigung der durch Fractur der Cartilago triangularis entstandenen Nasendeformität.

Es handelte sich um eine deprimirte und eingesunkene Cartilago triangularis, die zugleich mit den seitlichen Knorpeln von den Nasenbeinen abgelöst war. Im Innern der Nase sah man eine knorplige Spina nach der linken Seite hin vorragen und der dreieckige Knorpel schien in 2 laterale Stücke gespalten zu sein.

Redner beschreibt die Operation, die er vornahm, ausführlich. Er incidirte zuerst in der Mitte des Nasenrückens und fasste die Cartilago triangularis mit einem festen Drahte, der die beiden Theile derselben zusammenhielt, ohne indess die Schleimhaut zu erreichen. Der Knorpel konnte an dem Drahte jetzt in die

Höhe gehoben werden. Dann wurden die Nasenbeine von oben schräg nach unten und vorn mit der Säge abgelöst bis zur articulären Fläche des Knorpels und dieser richtig eingestellt. Durch ein Loch, das oberhalb der Sägefläche durch das Nasenbein gebohrt wurde, führte P. das eine Ende des Drahtes, mit dem die Cartilago triangularis gefasst worden war. Die Enden des Drahtes wurden vorsichtig und flach nach Reposition der Knochen und Knorpel über dem Nasenrücken vereinigt. — Bisher war das Resultat der Operation ein recht günstiges.

St. Clair Thomson (London): Nasale Hydrorrhoe.

Die Bezeichnung nasale Hydrorrhoe kann beibehalten werden, wenn man sie beschränkt auf die Fälle, bei denen eine profuse wässrige Secretion aus der Nase statt hat, ohne dass dieselbe durch intranasale oder benachbarte Reizung bedingt ist. Die Masse der entleerten Flüssigkeit wechselt von dem, was die Patienten als leichtes Fliessen der Nase bezeichnen, bis zu 300 und mehr ccm in 24 Stunden. Das klinische Bild der nasalen Hydrorrhoe hat viele Berührungspunkte mit dem sogen. Heufieber oder paroxysmaler Rhinitis; bei dieser aber bestehen Symptome intensiver localer Reizung, während bei jener der wässrige Ausfluss ein passiver und fast schmerzloser ist. Die Affection scheint dem erwachsenen Leben anzugehören und kommt bei beiden Geschlechtern vor. Der Fluss der Nase hat gewöhnlich aus beiden Seiten statt, aber er kann auf der einen Seite stärker ausgesprochen sein, als auf der andern. Die mit dem Secret dnrchnässten Taschentücher trocknen gewöhnlich steif. — Es ist sehr wichtig, diese Fälle von nasaler Hydrorrhoe von dem wirklichen Abfliessen cerebrospinaler Flüssigkeit durch die Nase zu unterscheiden und das Secret muss deshalb in jedem Falle sorgfältig untersucht werden.

Creswell Baber (Brighton) will die Bezeichnung Hydrorrhoea nasalis auf die Fälle beschränkt wissen, bei denen starke wässrige Secretion aus der Nase vorhanden ist, jedoch ohne Niesen, ohne Lichtscheu u. dergl. Der Ursprung des Ausflusses muss natürlich in jedem Falle festgestellt werden. B. hat einen Fall geheilt durch die Application des constanten Stroms auf beide Nasenseiten.

Middlemas Hunt (Liverpool) berichtet über einen interessanten Fall, den er bei einer Näherin beobachtet hat. Dieselbe litt an Anfällen von sehr profusem Nasenausfluss, welche vollständig schwanden, als die Patientin ihre Beschäftigung aufgab. Dabei war der Arbeitsraum gross, gut ventilirt und nicht besonders staubig, so dass als wahrscheinliche Ursache der niedere Gesundheitszustand der Patientin angesehen werden muss.

Mackenzie Johnston (Edinburgh) sieht ebenfalls bei gewissen milderen Formen von Hydrorrhoe die Ursache des Leidens in dem Allgemeinzustand der Kranken und hat auch die Allgemeintherapie nützlicher als die lokale gefunden.

Jobson Horne (London): Die Pathogenese und die klinischen Frühzeichen der Tuberkulose des Kehlkopfs.

Die ersten histologischen Veränderungen, die man gefunden hat, stehen mit den Drüsen in den Wänden des Morgagni'schen Ventrikels in Zusammenhang. Hier und da wird eine Proliferation des Parenchyms der Acini und der Ausfüh-

rungsgänge und die Bildung von Rundzellenhaufen beobachtet, welche die Gänge ausdehnen uud verstopfen und die Drüsen zur Obliteration bringen. In diesen Theilen ist auch das Vorkommen des Tuberkelbacillus demonstrirt worden. Es ist danach wahrscheinlich, dass die Bacillen, wenn sie einmal ihren Eintritt in die Drüsen durchgeführt haben, als Reiz wirken und die Zellproliferation hervorbringen. Der Ventrikel scheint für das Eindringen der Bacillen besonders geeignet zu sein. Die Entstehung der tuberculären Riesenzellen schildert H. folgendermaassen: Zuerst sieht man die Tuberkelbacillen innerhalb der Endothelzellen, welche die Wand des Lymphraums bekleiden, liegen. Dann theilen sich diese Zellen, die aneinanderliegenden Theilzellen verschmelzen und es bildet sich die Riesenzelle. Weitere Veränderungen greifen nun in den Geweben Platz; man constatirt frühzeitig eine Wucherung der subepithelialen Blutgefässe und gewisse Veränderungen an den Muskelfasern. — Von Interesse ist der Beginn des Processes an dem Drüsenapparat. Es ist danach anzunehmen, dass die Theile, die reich an Drüsen sind, zur Infiltration und Ulceration besonders neigen. Die klinische Erfahrung bestätigt diese Voraussetzung. Die Regio interarytaenoidea, das hintere Drittel des wahren Stimmbandes, das Taschenband und die Epiglottis sind besonders mit Drüsen versorgt und hier finden sich auch gewöhnlich die Ulcerationen bei Kehlkopftuberculose; der grössere Theil der Stimmbänder, der drüsenfrei ist, entgeht meist der Ulceration.

Der zweite Theil des Vortrags, der sich mit den Frühsymptomen der Larynxphthise befasst, basirt auf einer Untersuchung von 359 Kehlköpfen von Personen, deren Lungen als erkrankt erwiesen oder verdächtig waren. Eine Störung der Sensibilität wurde häufig constatirt. Nicht selten war eine Verringerung der Sensibilität mit Anaemie einhergehend und je blasser der weiche Gaumen war, um so grösser schien die Toloranz für den Kehlkopfspiegel zu sein. Wenn im Verlauf der Erkrankung die Anaemie schwand, ging mit ihr oft auch diese Toleranz verloren. Anaemie der laryngealen Schleimhaut war bei 157 von den 359 Patienten vorhanden; bisweilen erstreckte sich dieselbe über die gesammte Schleimhaut, in andern Fällen trat sie fleckweise auf. Hyperämie dagegen wurde 117 mal unter den 359 Fällen notirt und zwar viel häufiger bei Männern, als Frauen. Sie kam als vorübergehende oder als persistente Röthung zu Gesicht, steigerte sich aber in keinem Falle zu acuter Laryngitis. Dieselbe ist mit der oben erwähnten Proliferation der subepithelialen Blutgefässe in Zusammenhang zu bringen. Vorübergehendes Oedem der Kehlkopfschleimhaut, vornehmlich an den Aryknorpeln und in der Regio interarytaenoidea, an den falschen Stimmbändern und an der Basis der Epiglottis verändert öfters die normalen Contouren des Kehlkopfes; besonders geht die Symmetrie der Aryknorpel verloren. Störungen der Stimmfunction trifft man überaus häufig an, wenn es sich bisweilen auch nur um eine vorübergehende Schwäche der Stimme oder Tonverlust handelt. In manchen Fällen wird über Dysphonie geklagt. Es kommt vor, dass die Sprechstimme schwach, die Singstimme aber ganz klar ist. Der plötzliche Verlust der letzteren führt bisweilen den Patienten zum ersten Male zum Arzte. Man vergesse nie, in solchen Fällen an beginnende Kehlkopftuberlose zu denken. Schwächung der Stimmbandbewegung, nicht Lähmung, kommt vor; Redn. bezieht sie auf die oben erwähnten Veränderungen der Muskeln. In allen

Fällen von sogen. hysterischer Aphonie sollte die Brust sorgsam auf Tuberkulose untersucht werden.

Dr. Logan Turner (Edinburgh),
Secretär der Section.

IV. Briefkasten.

Zur Frage der Stellung der Laryngologie bei den internationalen Congressen und ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

Resolutionen der Wiener laryngologischen Gesellschaft und der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte.

Da die Laryngologie ein wohlabgegrenzter, selbstständiger Zweig der practischen Medicin ist, da für dieselbe an den meisten Universitäten entweder systemisirte Kliniken oder Polikliniken bestehen, deren Vorstände Professoren oder Docenten sind, da die Leistungen der Laryngologen allgemein anerkannt werden, da endlich die Theilnahme an den Verhandlungen der laryngologischen Section bei den internationalen medicinischen Congressen und bei ähnlichen Versammlungen sehr lebhaft war, und ihre Ergebnisse nicht blos fördernd auf diese Disciplin, sondern auch vielfach anregend auf andere wirkten, fasst die Wiener laryngologische Gesellschaft folgende Resolution:

Der Laryngologie gebührt bei allen künftigen internationalen medicinischen Congressen die Stellung einer vollen und unabhängigen Section.

Prof. O. Chiari, Vice-Präsident. Dr. Ed. Ronsburger, Secretär. Dr. H. Koschier, Privatdocent für Laryngologie an der Wiener Universität. Dr. Grossmann, Docent an der Wiener Universität. Dr. Weil. Dr. Bienenstock. Dr. Ebstein. Dr. L. Réthi, Docent. Dr. Gottfried Scheff. Dr. Wilh. Roth, Docent. Dr. Carl Müller. Dr. Biehl. Dr. Rischawy. Dr. Otto Tolla. Dr. Läufer. Dr. Hanszel. Dr. Goldschmidt. Prof. Dr. Clar. Dr. Carl Scheuer. Dr. Johann Fein.

Die Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte hat in ihrer VIII. ordentl. Sitzung vom 15. November 1899 die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten betreffend einstimmig beschlossen:

Dass die bestehenden Einrichtungen, d. h. das Bestehen je einer selbstständigen und unabhängigen vollen Section für jede der beiden Specialitäten auch fernerhin erhalten bleiben, behufs Discussion von einzelnen Fragen von voraussichtlich gemeinsamem Interesse jedoch nach Bedürfniss auch gemeinschaftliche Sitzungen veranstaltet werden sollen.

Anwesend waren die folgenden Herren: Laryngologen: Baumgarten, Donogány, Groák, Irsai, v. Lénárt, Morelli, v. Navratil, Onodi, Polyák, Zwillinger. Otologen: Krepuska, Lichtenberg, Szenes.

Budapest, den 25. November 1899.

Prof. Dr. v. Navratil,
Präsident.

Dr. L. Polyak,
Secretär.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, Februar. 1900. No. 2.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Parotis etc.

1) **B. J. Church. Die Otologie und Laryngologie bis heute. (Otology and Laryngology up to date.)** *Southern California Medical Practitioner. Juni 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

2) **E. W. Walker. Kiemengangscyste, bei einem 18 Tage alten Kinde entfernt. (Branchial cyst removed from a child eighteen days old.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 24. Juni 1899.*

Die branchiogene Cyste dehnte sich vom Mastoidfortsatz bis zur Symphyse des Kinns aus und erzeugte starke Dyspnoe. Die Operation brachte vollständige Heilung. EMIL MAYER.

3) **Rille. Luetische Lymphdrüsenschwellung am Halse mit Vereiterung.** Wissenschaftl. Aerztegesellsch. in Innsbruck. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 27. 1899.*

R. meint, dass, wo bei einem jungen Manne Drüsenschwellungen — auch in Suppuration — am Halse zu finden sind, wenn andere ätiologische Momente sich ausschliessen lassen, die Syphilis ätiologisch betheiligt sei. — Vielleicht handelt es sich in diesen Fällen auch um scrophulöse Diathese. CHIARI.

4) **Schlesinger. Hysterische Lähmung der Halsmuskulatur.** Wiener medicin. Clubsitzung vom 26. April 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 26. 1899.*

Bei einem 15jährigen Mädchen setzte plötzlich ohne Veranlassung eine Lähmung der Halsmuskulatur ein und manifestirte sich in der Weise, dass die Patientin, wenn sie den Kopf nach rückwärts gebracht hatte, ihn activ nicht nach vorne bringen konnte und zu diesem Zwecke mit der Hand in den Mund fuhr und



den Kopf am Unterkiefer nach vorne zog. Wird die Aufmerksamkeit der Patientin abgelenkt, so erfolgt die Kopfbewegung in normaler Weise. CHIARI.

5) **Silberstein** (Blankenhain). **Parotitis als Complication der croupösen Pneumonie.** *Corresp.-Bl. d. allgem. ärztl. Vereins v. Thüringen. 10. 1899.*

Bei einem 36jährigen Manne, der an Pneumonie erkrankt war, trat am zweiten Tage nach der Krisis von Neuem Schüttelfrost und Fieber auf mit heftigen Schmerzen der linken Gesichtshälfte. Es ergab sich, dass eine eitrige Parotitis sich entwickelte, welche am 5. Tage zur Incision kam. Im Eiter wurden Pneumokokken gefunden. Am 18. Tage nach Beginn der ganzen Erkrankung zeigte sich auch eine Parotitis der rechten Seite, die ebenfalls incidirt wurde, und wie die linksseitige rasch zur Heilung kam. SEIFERT.

6) **Apert. Bleihypertrophie der Parotiden. (Hypertrophie saturnine des parotides.)** *Soc. anatomique. 28. April 1899.*

Die Drüse war fast doppelt so schwer als normal. Die histologische Untersuchung ergab eine einfache Hypertrophie mit chronischem Catarrh der Ausführungsgänge und Vermehrung, Abstossung und Abschuppung ihrer Epithelialzellen.

PAUL RAUGÉ.

7) **Morestin. Hydatidencyste der Parotis. (Kyste hydatique de la parotide.)** *Soc. anatomique. 10. Februar 1899.*

M. demonstrirt die Geschwulst, die er bei einer 50jährigen Frau aus der Parotisgegend entfernt hat. Der Tumor war für eine Mischgeschwulst angesehen worden; die anatomische Untersuchung ergab, dass es sich um eine Hydatidencyste handelte. PAUL RAUGÉ.

8) **Goller** (Hagen). **Ueber einen Fall von congenitalem reinem Sarcom der Parotis.** Dissert. Würzburg 1898.

Bei einem 4 Monate alten Mädchen wurden gleich nach der Geburt vor dem rechten Ohre zwei stecknadelkopfgrosse rothe Flecken bemerkt, die rasch wuchsen und bei der Aufnahme in die Bockenheimer'sche Klinik zu einer 2markstückgrossen Geschwulst sich entwickelt hatten, welche zur Excision kam. Heilung glatt. Die wallnussgrosse, leicht höckrige Geschwulst erwies sich bei der histologischen Untersuchung als Sarcoma teleangiectodes pigmentatum. SEIFERT.

9) **J. Beard. Die wahre Function der Thymus. (The true function of the thymus.)** *Lancet. 21. Januar 1899.*

Eine interessante Uebersicht über die verschiedenen Theorien betreffs der Function der Thymus. Dieselbe ist als Quelle aller lymphoiden Gewebe im Körper anzusehen. ADOLPH BRONNER.

10) **König. Hypertrophie der Thymus. (Hypertrophy of the thymus.)** *Medical Times and Register. Juni 1899.*

Bei einem an Dyspnoe leidenden Kinde fand K. nach Durchtrennung der

Halsfascie die Thymus in einer Ausdehnung von 3—4 cm auf die Trachea drückend. Beim Emporheben der Thymus verschwand die Dyspnoe. K. trug ein 3—4 cm langes und 2 cm breites Stück der Thymus ab, wodurch vollständige Heilung erzielt wurde. EMIL MAYER.

11) **Bryan u. Walsh. Lymphatische Diathese. (Lymphatic diathesis.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 1. Juli 1899.*

Plötzlicher Tod eines 3 Wochen alten Kindes. Die Section ergab eine Vergrösserung der Thymus, welche die grossen Gefässe des Halses bedeckte und nach unten bis zum Herzen reichte. Die Drüse wog 28,33 g. — Die Lymphfollikel waren allgemein vermehrt, die Tonsillen vergrössert. EMIL MAYER.

12) **M. Lange. Ein Fall von säbelscheidenartiger Compression der Trachea durch die hypertrophische Thymusdrüse. (A case of scabbard-like compression of the trachea by hypertrophied thymus gland.)** *American Journal of the Med. Sciences. Juli 1899.*

4 Monate altes Kind starb in einem Anfalle von Glottiskrämpfen. Die Section ergab den oben beschriebenen Befund. EMIL MAYER.

13) **Langfred Symes. Soor. (On thrush.)** *Archives of Pediatrics. Juni 1899.*

Der Pilzrasen wird abgewischt und Borax in Glycerin oder eine schwache Carbolsäurelösung applicirt. EMIL MAYER.

14) **P. Katschanowski. Die Behandlung des Lupus durch Bestreuung mit hypermangansaurem Kali. (O letschenii woltschanki prisipkoju margantsowisto kislawo kaliji.)** *Letopis rus. Chirurg. B. 3. 1899.*

Hypermangansaures Kali zerstört das Granulationsgewebe, ohne das gesunde anzugreifen. Dies brachte K. auf den Gedanken es bei Lupus zu versuchen. Bisher hat er 35 Fälle von Lupus aller Art auf diese Weise mit gleich gutem Erfolg behandelt. Er applicirt eine 2—4 mm dicke Schicht der reinen Substanz auf die Geschwürsfläche und darüber einen Watteverband. Es erfolgt eine Necrotisirung des Krankhaften, Abstossung und nachfolgende gesunde Granulation. Gewöhnlich genügt einmalige Bestreuung.

Verf. beschreibt 7 Fälle des Näheren, welche alle mehrere Jahre beobachtet sind. Die Heilung erfolgte in 1—3 Monaten. P. HELLAT.

15) **Bresgen** (Wiesbaden). **Die Rückwirkungen des Schneuzens, Niesens und Hustens auf den Körper, sowie deren Regelung durch die Krankenpflege.** *Zeitschr. f. Krankenpflege. 7. 1899.*

Nach einer kurzen Besprechung der Rückwirkungen des Schneuzens, Niesens und Hustens auf den Körper, weist Br. die Krankenpfleger an, wie für Hals- und Nasenkranke das Krankenzimmer beschaffen sein muss, wie man Nasen- und Halskranken verschiedene Beschwerden erleichtern kann. SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Schwartz** (Rostock). **Ueber die Beziehungen zwischen Schädelform, Gaumenwölbung und Hyperplasie der Rachenmandel**. *Zeitschr. f. Ohrenh. 30.*

Messungen an 161 Schädeln der Rostocker Anatomie ergaben Sch. im Gegensatz zu der Lehre Siebenmann's, dass Schädelform und Gaumenform von einander unabhängig sind. — Unter 52 Patienten von Koerner's poliklinischer und privater Clientel, die mit adenoiden Vegetationen behaftet waren, fanden sich Mesocephale 4, Brachycephale 23, Hyperbrachycephale 22, Ultrabrachycephale 3. Damit ist die Ansicht von Moriz Schmidt widerlegt, dass adenoide Vegetationen vorzüglich bei Dolichocephalen vorkämen.

ZARNIKO.

17) **Hagedorn** (Hamburg). **Der sogenannte adenoide Habitus**. *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 17. 1899.*

Kurze Beschreibung dessen, was man unter adenoidem Habitus versteht.

SEIFERT.

18) **Howard S. Straight. Einige nicht allgemein gewürdigte Punkte betreffend die adenoiden Wucherungen. (Facts not generally appreciated concerning adenoid growths.)** *Cleveland Journal of Medicine. Januar 1899.*

Nichts Besonderes.

EMIL MAYER.

19) **Hopmann** (Cöln). **Die adenoiden Tumoren als Theilerscheinung der Hyperplasie des lymphatischen Rachenringes und in ihren Beziehungen zum übrigen Körper**. *Bresgen's Sammlung. Heft 5 u. 6.*

Verf. betont mit Nachdruck, dass die adenoiden Vegetationen in den allerseltensten Fällen für sich beständen, dass vielmehr gewöhnlich Hyperplasien der anderen Theile des lymphatischen Schlundrings vorhanden seien, die man weder für die Pathologie noch für die Therapie des Gesammtleidens vernachlässigen dürfe. — Die Gaumenmandeln sollen in der Norm bei einfacher Inspection nicht sichtbar sein; sind sie es, so sind sie pathologisch vergrössert und das ist nach den Aufzeichnungen des Verf.'s bei $^4/_5$ der mit Wucherungen behafteten der Fall. Seltener als die Gaumenmandeln finden sich die Lymphfollikel der Rachenwand, am seltensten die Zungentonsille vergrössert. — Die Vergrösserung der Rachenmandel tritt in zwei Formen in die Erscheinung: 1. als compacter Tumor, 2. als Conglomerat von Kolben und Zapfen (wie das schon Schäffer richtig geschildert hat. Ref.). Auch können die folliculären Einlagerungen der Rosenmüller-schen Gruben und der Tubenschleimhaut participiren. — Die sog. physiologische Involution der Wucherungen (B. Fränkel) will Verf. nicht gelten lassen, er glaubt vielmehr, dass es sich um eine Vermehrung des Bindegewebes (nach Art der Lebercirrhose) handle, die nach Untergang der folliculären Theile eintrete und die eine ganze Reihe besonderer Beschwerden mit sich führe. — An eine eingehende Schilderung der Krankheitssymptome schliessen sich Bemerkungen über Vorkommen und Ursachen. Verf. sieht die lymphatische Constitution als eines

der Degenerationszeichen des männlichen Geschlechts an. Endlich schildert Verf. die von ihm geübte Art der Operation, die zum Ziel hat, alle Abnormitäten möglichst in einer Sitzung zu beseitigen. In der Regel ist die Narkose erforderlich. Sie ist bei richtiger Ausübung ungefärlich (unter 1100 Narkosen 1 Todesfall bei einem sehr schwächlichen Kinde, vermuthlich auf Unreinheit des Chloroforms zurückzuführen). Zunächst werden die Gaumenmandeln wenn nöthig mit der Hakenzange hervorgezogen und mit der Cooper'schen Scheere ausgeschält. Danach zieht Verf. das Gaumensegel mit einem durch die Nase eingeführten über die Lippe geknoteten Gummischlauch nach vorn und exstirpirt dann zunächst mit dem Gottstein'schen Messer und sodann mit einer Zange unter Controle des Fingers alles überflüssige adenoide Gewebe. Finden sich die Athmung hindernde Irregularitäten in der Nase, so werden auch diese in derselben Narkose beseitigt. Verf. hat im Gegensatz zu anderen Operateuren mit dieser Zusammendrängung einer Reihe doch recht eingreifender Operationen in eine Sitzung sehr günstige Erfahrungen gemacht. — In einem Anhange giebt Verf. zum Schluss einen historischen Rückblick auf die Operation der adenoiden Tumoren. — Die vorstehenden kurzen Notizen mögen zum eingehenden Studium der Schrift auffordern, die in jeder Zeile die sorgfältige Beobachtung, die originelle Verarbeitung und vollkommene Beherrschung des Stoffes zeigt, die wir bei dem Verf. gewohnt sind.

ZARNIKO.

20) **Jessen** (Hamburg). **Zur Therapie und Aetiologie der Halslymphome.** *Centralbl. f. innere Med. 35. 1899.*

Für die Entstehung der Halslymphome der Kinder kommt fast immer die Rachentonsille in Betracht; in zweiter Linie stehen die Gaumentonsillen und weiterhin cariöse Zähne als Eingangspforten für die Schwellung und wenn es sich um Tuberculose handelt, Verkäsung der Halslymphdrüsen. Also Entfernung der adenoiden Vegetationen.

SEIFERT.

21) **Courtade** (Paris). **Wahre und lymphatische Adenoide. (Adénoidiens vrais et adénoidiens lymphatiques.)** *Société de Therapeutique. 26. Januar 1899.*

Verf. nimmt in etwas abgeschwächter Form die vor einiger Zeit von Gallois vorgebrachte Idee wieder auf. Neben den echten Adenoiden ohne Drüsenschwellung giebt es solche, die alle Zeichen der Scrophulose darbieten. Alles, was man daraus schliessen kann, ist, dass scrophulöse Individuen besondere Disposition zur Hypertrophie der lymphoiden Gewebe haben.

Gouguenheim bekämpft mit Recht die von Gallois erstrebte Vermengung von Adenoiden und Scrophulose. Beide Affectionen sind absolut verschieden, wie er durch Darstellung ihrer klinischen Erscheinungsformen klar erweist.

PAUL RAUGÉ.

22) **Leon Lewin. Ueber Tuberkulose der Rachenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 377. 1899.*

Verf. hat die Frage der Tuberkulose der Rachenmandel klinisch und histologisch an einem grösseren Material (Gruppe I.: 200 Fälle von Adenoiden, Gruppe II.: 25 Phthisiker umfassend) studirt. Seine sehr ausführliche Arbeit schliesst mit folgenden Sätzen:

1. Nach unseren Erfahrungen bergen in etwa 5pCt. der Fälle hyperplastische Rachenmandeln tuberkulöse Herde.

2. Die Tuberkulose entspricht in ihrem Wesen der sogen. Tumor-Form der Schleimhauttuberkulose; sie ist durch die Abwesenheit aller äusserlich erkennbarer Merkmale charakterisirt — „latente" Tuberkulose der Mandeln.

3. Diese „latente" Tuberkulose kann wahrscheinlich die erste und ausschliessliche Localisation der Tuberkulose in dem betreffenden Körper darstellen.

4. Sie ist aber gewöhnlich mit anderweitiger Tuberkulose insbesondere der Lungen, wenn diese auch zur Zeit der Operation oft noch nicht manifest ist, combinirt.

5. Sie ist ein verhältnissmässig häufiger Befund bei Lungentuberkulose.

6. Sie kann ebensowohl normal grosse, als hyperplastische Rachenmandeln befallen. Ob sie selbst die Hyperplasie, etwa durch Toxinwirkung, auslöst, ist zweifelhaft. Sie kann aber jedenfalls die physiologische Involution der Rachenmandel aufhalten.

7. Sie spielt in der Aetiologie der Rachenmandel-Hyperplasie nur eine relativ unerhebliche Rolle.

8. Sie kann durch Elimination der Rachenmandel, auch bei gleichzeitiger Lungentuberkulose, definitiv beseitigt werden.

F. KLEMPERER.

23) **Redact. Notiz. Ueber Aetiologie und Verhütung der Adenoiden bei Kindern. (On the etiology and prevention of adenoids in children.)** *Pediatrics. 15. August 1899.*

Der Verf. ist der Meinung, dass ein Zusammenhang zwischen den Adenoiden und der Tuberkulose besteht. Die Verhütung der Adenoiden deckt sich daher im Allgemeinen mit der Prophylaxe der Tuberkulose.

EMIL MAYER.

24) **Pifil. Hyperplasie und Tuberkulose der Rachenmandel.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 28. April 1899. *Wiener klinische Wochenschrift. No. 39. 1899.*

Unter 100 mikroskopisch untersuchten Adenoid-Vegetationen fand P. in drei Fällen Tuberkulose. — P. macht darauf aufmerksam, dass bei Tuberkulose der Rachenmandel häufig starke Drüsenschwellung am Halse vorkommt. — Die Infection erfolgt durch den Inspirationsluftstrom. — Gründliche Exstirpation ist streng indicirt.

CHIARI.

25) **Moure** (Bordeaux). **Die Entzündungen der III. Tonsille bei Erwachsenen. (Les adenoidites chez les adultes.)** *Comptes rendus des XII. intern. Congr. Bd. VI. Sect. XII.*

Der Autor, dessen Arbeiten auf diesem Gebiete zu den ersten gehören, giebt in kurzen Zügen das Bild der acuten Entzündung der Luschka'schen Drüse. Dasselbe ist leider recht wenig charakteristisch und eine exacte Diagnose dürfte doch nur durch die hintere Rhinoskopie möglich sein.

P. HELLAT.

26) **H. Cuvillier** (Paris). **Eine Studie über adenoide Vegetationen im Verlaufe des ersten Lebensjahres. (Etude sur les végétations adénoides pendant la**

premiere année de l'enfance.) *Comptes rendus des XII. internation. Congress. Bd. III. S. VI.*

C. findet, dass die literarischen Angaben über die Häufigkeit der Adenoiden bei Säuglingen nicht das richtige Verhältniss wiedergeben. Er hat persönlich 64 Fälle beobachtet und findet, dass das Bild der Krankheit für dieses Alter charakteristisch ist. Es zeigen sich: 1. Störungen von Seiten der Respiration; 2. von Seiten der Ernährung. Beide wirken zusammen, um eine charakteristische Cachexie hervorzurufen, die „Cachexie adénoïdienne".

Die Diagnose wird auf Grundlage dieser Symptome mittelst digitaler Untersuchung gemacht.

Für die Therapie wird Einträufelung in die Nase von Menthol- oder Resorcinöl empfohlen; lässt diese Behandlung im Stich, so soll man vor der operativen Entfernung nicht zurückschrecken.

Bezüglich der Häufigkeit der Vergrösserung der III. Tonsille bei Säuglingen kann Ref. die Angaben von C. nur bestätigen. Ref. hat im St. Petersburger Findelhause über 100 Kinderleichen untersucht und in etwa 36 pCt. ein Hervortreten der Luschka'schen Tonsille beobachtet. Unter ihnen waren Fälle, welche man als wirkliche Wucherungen ansprechen konnte. Ref. hat derartige Präparate im Verein St. Petersburger Aerzte demonstrirt. Wenn aber C. behauptet, dass die digitale Untersuchung in diesem Alter gelänge, so kann Ref. dem nicht beistimmen; er konnte, trotzdem seine Finger nicht von besonderem Umfang sind, weder an Leichen noch bei den lebenden Kindern bis zu einem Jahre durch den Isthmus durchkommen.

P. HELLAT.

27) **Thomas. Adenoide beim Neugeborenen. (Végétations adénoïdes chez les nouveaux-nés.)** *Marseille Medical. 1. Februar 1899.*

Bericht über 3 Fälle. Nichts Besonderes.

A. CARTAZ.

28) **T. H. Blanks. Adenoide Wucherungen im Rachengewölbe. (Adenoid vegetations in the vault of the pharynx.)** *Alabama Med. and Surg. Age. Juli 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

29) **J. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Eine grosse postnasale Adenoidgeschwulst entfernt bei einer 33jährigen Frau. (A large mass of postnasal adenoids removed from a woman aged 33 years.)** *Australasian Med. Gazette. 20. April 1899.*

Die 3 g schwere Geschwulstmasse wurde mit der grössten Gottstein-Beckmann'schen Curette entfernt. Unter den Symptomen, welche dieselbe producirt hatte, war zunehmende Taubheit. Das Gehör besserte sich nach der Operation.

A. J. BRADY.

30) **N. Rimscha. Adenoide Vegetationen.** Ges. prakt. Aerzte zu Riga. *Petersburger med. Wochenschr. No. 43. 1899.*

Demonstration adenoider Vegetationen, die sich durch besondere Grösse auszeichnen.

P. HELLAT.

31) **Engelmann** (Hamburg). **Adenoide Vegetationen.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1899. Vereinsbeil. No. 1.*

10jähr. Kind mit adenoiden Vegetationen, die beiderseits hinter der Uvula hervorragen. Trotzdem ist die Athmung nicht behindert. Verf. wird die Wucherung operiren, obwohl er für gewöhnlich eine conservative Behandlung bevorzugt.

ZARNIKO.

32) **Machol** (Hemer i. Westfalen). **Ein von der Rachentonsille ausgehender Fall von Septicämie.** *Deutsche med. Wochenschr. 10. 1899.*

Nach der Beschreibung war es nicht die Rachentonsille sondern die rechte Gaumenmandel, von der sich eine sehr schwere, zudem noch durch ein Gesichtserysipel complicirte Pyämie entwickelte, an der der Patient zu Grunde ging. Leider keine Section.

ZARNIKO.

33) **Francis. Die Versatilität der adenoiden Vegetationen. (The versatility of adenoid vegetations.)** *Medical Monograph. Februar 1899.*

F. berichtet über 4 Fälle von Petit mal, die durch Entfernung der Adenoiden geheilt wurden. Viele Fälle von Krämpfen bei Kindern sind durch Adenoide bedingt und auch die Enuresis nocturna ist öfters durch Operation derselben heilbar. F. betont aber, dass die Operation nur gerechtfertigt ist, wenn von Seiten der Ohren oder allgemeine Symptome vorhanden sind.

EMIL MAYER.

34) **Boulai. Ein Fall von Kehlkopfkrampf verursacht durch adenoide Vegetationen. (A case of laryngeal spasm caused by adenoid vegetations.)** *Archives of Pediatrics. August 1899.*

Nach Beseitigung der Adenoiden war der Kehlkopfkrampf unmittelbar verschwunden.

EMIL MAYER.

35) **O. L. Smith. Postnasale Adenoidgeschwülste. (Postnasal adenoids.)** *Laryngoscope. Juli 1899.*

Verf. glaubt, dass in allen Fällen von gewöhnlichem Croup eine Hyperplasie der Rachentonsille besteht.

EMIL MAYER.

36) **H. Coppez. Folliculäre Conjunctivitis und adenoide Geschwülste. (Conjonctivite folliculaire et vegetations adénoides.)** *Archives d'ophthalmologie. p. 11. 1899.*

C. theilt 2 Fälle von folliculärer Conjunctivitis mit, in denen das Augenleiden mit Adenoiden in ursächlichem Zusammenhang zu stehen schien; wenigstens führte die Operation dieser das Verschwinden der Conjunctivitis herbei.

A. CARTAZ.

37) **H. Bert Ellis. Die Hypertrophie der Rachentonsille und ihre Beziehung zu Ohrenkrankheiten. (Hypertrophy of the pharyngeal tonsil and its relation to ear troubles.)** *Southern California Practitioner. April 1899.*

Eine Zusammenstellung der bekannten Thatsachen.

EMIL MAYER.



38) **T. W. Murphy. Wucherungen im Rachen als Ursache eitriger Entzündung des Mittelohrs. (Pharyngeal growths as a cause of suppurative inflammation of the middle ear.)** *Philad. Med. Journal. 1. April 1899.*

M. ist der Meinung, dass, wenn man mehr Aufmerksamkeit der Beseitigung von Verstopfung des pharyngealen Endes der Eustachischen Tube zuwenden würde, dann mancher Ohrenausfluss ohne die Mastoidoperation verschwinden würde. EMIL MAYER.

39) **William C. Braislin. Ohrenleiden bei adenoiden Vegetationen des Nasenrachens. Eine Analyse von 110 Fällen. (Ear disease coexistent with adenoids of the naso-pharynx. An analysis of 110 cases.)** *Philad. Medical Journal. 25. Februar 1899.*

Die Entfernung der Adenoiden verbessert die Prognose der Ohrenerkrankung in hohem Maasse; die Behandlung der letzteren muss aber fortgesetzt werden, so lange pathologische Verhältnisse im Ohre vorhanden sind. EMIL MAYER.

40) **A. W. Calhoun. Adenoide Vegetationen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zum Ohre. (Adenoid vegetations with special reference to their influence upon the ear.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 11. August 1899.*

Die Kinder der südlichen Klimen sind viel seltener mit Adenoiden behaftet, als die der nördlichen Länder. Bei Negerkindern hat C. niemals Adenoide gesehen. EMIL MAYER.

41) **S. Lüri. Quantitative und qualitative Untersuchung des Gehörs bei Kindern des schulpflichtigen Alters. (Katschestwennoje i kalitschestwennoje isledowanije slucha detei schkolnawo bosrasta.)** *Wratsch. 1899.*

L. fand bei seinen Untersuchungen an 300 Kindern: Vergrösserung der Gaumenmandeln in 4 pCt., der Rachenmandeln aber in 27,6 pCt. Bei $^1/_5$ dieser Kinder war das Gehör herabgesetzt. Die übrigen Angaben beziehen sich direct auf das Gehörorgan. P. HELLAT.

42) **A. C. Getchell. Adenoide Wucherungen und ihre Beziehungen zur Taubstummheit. (Adenoid growths; their relations to deafmutism.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 4. März 1899.*

Adenoide und vergrösserte Tonsillen sollen bei Taubstummen entfernt werden 1. wenn eine Wahrscheinlichkeit vorliegt, dass dieselben zur Taubheit irgendwie beitragen; 2. wenn sie das Erlernen der gesprochenen Sprache erschweren; 3. wenn sie das Allgemeinbefinden in irgend einer Richtung beeinträchtigen. Bezüglich der beiden ersten Punkte muss die Prognose mit grosser Zurückhaltung gestellt werden. Verf. berichtet über eine Reihe von Fällen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

43) **Becigneul. Die Besserung Adenoider nach Diphtherieserum. (Amelioration remarquable dans deux cas de vegetatieas adenoides à la suite d'injections de serum antidiphtherique.) (The improvement of adenoids after administra-**

tion of diphtheria antitoxin.) *Gaz. med. de Nantes. 1. Januar 1899. N. Y. Med. Journal. 15. April 1899.*

7jähriges Kind wurde mit verdächtiger Angina ins Krankenhaus aufgenommen und erhielt Serum. Die Cultur ergab aber nur Staphylokokken, keine Diphtheriebacillen. In der nächsten Zeit nahmen die Adenoiden bei dem Kinde so erheblich ab, dass es gut durch die Nase athmete und die Operation, die vorher nöthig schien, nicht mehr erforderlich war.

Heurtaux machte ebenfalls einen Versuch mit dem Serum. Der Erfolg war gut. 10 ccm Serum wurden injicirt. 3 Wochen später waren die Adenoiden verschwunden und auch die Taubheit geheilt.

LEFFERTS.

44) **A. Castex. Adenoidgeschwülste. (Tumeurs adenoides.)** *Journ. des Practiciens. 17. Juni 1899.*

Eine klinische Vorlesung, in der Verf. die Symptomatologie der Adenoiden und ihre Complicationen, die Indicationen der Operation und ihre Resultate bespricht.

A. CARTAZ.

45) **Carl E. Munger. Lympheide Hypertrophie des Rachengewölbes. (Lymphoid hypertrophies of the pharyngeal vault.)** *Yale Med. Journal. Juni 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

46) **Edward Pynchon. Adenoide des Nasenracheas. (Pharyngeal adenoids.)** *Medical Monographs. Februar 1899.*

Verf. unterscheidet zwei Formen von adenoidem Gewebe, das eine sehr gefässreich und reich an Lymphfollikeln, das andere fester, bindegewebsreicher, röthlich gefärbt, von glatter Oberfläche, aber unregelmässiger Form.

Verf. operirt am sitzenden Patienten unter Bromäthylnarkose mit einer von ihm selbst construirten Curette. Müssen ausser den Adenoiden auch beide Tonsillen entfernt werden, so zieht er Aether- oder Chloroformnarkose vor. Für die letztere hält er die von Trendelenburg angegebene Position für das sicherste. Die Tonsillen werden zuerst entfernt, darauf die Adenoiden mittelst der Gradle-schen Zange und der Curette.

EMIL MAYER.

47) **Carle Lee Felt. Adenoide Vegetationen. (Adenoid vegetations.)** *Memphis Lancet. April 1899.*

Verf. macht die allgemeinen Praktiker auf die Bedeutung der Adenoiden aufmerksam.

EMIL MAYER.

48) **Hagedorn** (Hamburg). **Ueber den Zeitpunkt der operativen Behandlung der adenoiden Vegetationen.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 2. 1899.*

Die Indicationen für die Operation der adenoiden Vegetationen sind nach H. folgende: 1. wenn die Nasenathmung nicht vollkommen vorhanden ist, 2. wenn häufige Halsentzündungen vorgekommen sind, 3. wenn Störungen des Gehirns eingetreten sind, 4. wenn nervöse Erscheinungen, wie Krampfhusten, Enuresis nocturna, Kopfschmerz, Aprosexie sich einstellen.

SEIFERT.

49) **Robert H. M. Dawbarn. Falsche Tonsillen. (False tonsils.)** *The Philad. Medical Journal. 8. Juli 1899.*

Das Saugen am Finger soll nach D. begünstigt werden, da es die natürliche Function der Athmung durch die Nase fördert.

D. operirt unter Chloroform und am hängenden Kopfe. EMIL MAYER.

50) **Richmond Mc Kinney. Chronische Hypertrophie der Rachentonsille (Adenoide) bei Kindern. (Chronic hypertrophy of the pharyngeal tonsil [Adenoids] in children.)** *Memphis Med. Monthly. April 1899.*

Allgemeine Uebersicht über den Gegenstand. Verf. operirt unter Chloroform mit dem Gottstein'schen Ringmesser. EMIL MAYER.

51) **R. F. Ryland. Entfernung der Adenoiden in der Kindheit. (Removal of adenoids in infancy.)** *Lancet. 25. März 1899.*

Kind von 14 Monaten mit Adenoiden; dieselben wurden mit der Thompson-schen Zange entfernt. Das Kind hatte feste Nahrung verweigert.

ADOLPH BRONNER.

52) **James B. Ball. Indicationen für die Operation der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums. (Indications for operation in adenoid disease of the nasopharynx.)** *N. Y. Med. Journal. 11. Februar 1899.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

53) **J. O. Reynolds. Adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum. (Adenoid vegetations in the naso-pharynx.)** *Journal Am. Med. Assoc. 4. März 1899.*

Keine Narkose. Mundknebel und Zeigefinger sind die geeignetsten Instrumente. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

54) **A. Hartmann** (Berlin). **Die Operation adenoider Wucherungen unter directer Beleuchtung.** *Comptes rendus des XII. intern. Congr. Bd. VI. S. XII.*

H. operirt, indem er nach Lindt den Gaumen nach vorne zieht unter directer Beleuchtung mit seiner geraden Zange. H. war überrascht, wie leicht und einfach sich die Operation bei dieser Beleuchtung vollführen liess. Referent hat es leichter gefunden unter Spiegelbeleuchtung, als bei der Lindt'schen Methode die Adenoiden zu entfernen. P. HELLAT.

55) **Emil Mayer. Adenoide Vegetationen. (Adenoid vegetations.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 4. März 1899.*

Nach der Operation soll der Patient stets 24 Stunden im Bett und unter Beobachtung bleiben. Niemals soll operirt werden, solange eine entzündliche Erkrankung des Halses besteht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **Menière** (Paris). **Die Operation adenoider Vegetationen. (Opération des végétations adénoides.)** *Académie de Médecine. 25. Juli 1899.*

M.'s Statistik umfasst 3700 Operationen. Niemals erlebte er ernstere Zufälle nach dem Eingriff.

M. operirt stets ohne Narkose. Sind die adenoiden Massen umfangreich, so operirt er in 2 Phasen, erst mit der Zange, dann mit der Curette.

PAUL RAUGÉ.

57) **Thomas. Die Entfernung der Adenoiden in der Kindheit. (The removal of adenoids in infancy.)** *Maryland Med. Journal. 25. März 1899.*

Mit speciell construirten nach oben und hinten gerichteten Zangen entfernt Th. das adenoide Gewebe stückweise. Zur completen Exstirpation sind drei Sitzungen erforderlich mit je 1 Woche Pause.

EMIL MAYER.

58) **Eugene S. Yonge. Die Behandlung hypertrophirter Mandeln und adenoider Vegetationen. (The treatment of hypertrophied tonsils and postnasal adenoids.)** *Medical Brief. April 1899. The Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. April 1899.*

Blutung nach der Tonsillotomie ist selten und kommt gewöhnlich nur bei Erwachsenen vor. Ist die Blutung arteriell, so fasse man die Arterie und drehe sie ab; handelt es sich um eine Flächenblutung, so applicire man ein Stück zur Rothgluth erhitztes Eisen. Geschieht die Exstirpation der Adenoiden unter Narkose, so operire man am hängenden Kopf. Zuerst werden die Tonsillen, nach ihnen die Adenoiden exstirpirt.

EMIL MAYER.

59) **J. Holinger. Die Technik der Operation der Adenoiden. (The technic of adenoid operations.)** *Chicago Med. Recorder. März 1899.*

Der Operateur hält den Kopf des sitzenden und mit Bromäthyl narkotisirten Patienten unter seinem linken Arm, führt den Mundsperrer ein, geht dann mit der Gottstein'schen Curette ein und entfernt die Adenoiden, indem er das Kinn des Patienten nach unten drückt.

EMIL MAYER.

60) **Rosenbach** (Göttingen). **Ueber die Operation der Rachentonsille.** *Deutsche med. Wochenschr. 1899. Vereinsbeil. No. 22.*

Da R. die sonst gebräuchlichen Instrumente zur Entfernung der Rachenmandel nicht genügen (woran die Instrumente sicherlich nicht Schuld sind. Ref.), so übt er folgendes bemerkenswerthe Verfahren: Er schiebt „in eine von den Nasenlöchern aus eingeführte Zange mit dem im Nasenrachenraum befindlichen Zeigefinger der linken Hand das Gewebe der Mandel hinein und reisst es ab. Die Operation erfordert die Narkose unbedingt, gewährt aber die Sicherheit, dass die Mandel während des Operirens, wenn auch Stück für Stück, so doch vollständig entfernt wird". (Die armen Patienten! Ref.)

ZARNIKO.

61) **Barth** (Brieg). **Zur Technik der Operation der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums und des peritonsillären Abscesses der Gaumenmandeln.** *Deutsche med. Wochenschr. 14. 1899. Laryngoscope. Juli 1899.*

Bei der Operation der adenoiden Vegetation kommt es vor, dass ein Stück nicht vollkommen abgetrennt wird, sondern in den Mesopharynx herabhängt. Solche Stücke schneidet Verf. mit dem Hartmann'schen Conchotom ab. Peritonsilläre Abscesse mit zweifelhaftem Sitz eruirt Verf. durch Aspiration mit der

Punctionsspritze, macht darauf eine oberflächliche Incision und dringt von hier aus mit der geschlossenen Kornzange stumpf in die Tiefe, so einen genügend weiten Abflusscanal formirend.

ZARNIKO.

62) **D. Bryson Delavan. Die gegenwärtigen Methoden der operativen Behandlung adenoider Wucherungen im Rachen. (Present methods for the operative treatment of pharyngeal adenoids.)** *Archives of Pediatrics. Juli 1899.*

Verf. stellt folgende Sätze auf:

1. Um ideale Verhältnisse für die Operation zu schaffen, soll der Patient in einem Zustand vollständiger Anästhesie sein.

2. Für die möglichst gründliche Entfernung der Wucherungen ist die stumpfe Zange das geeignetste Instrument, das wir haben.

3. Die Operation der Adenoiden erfordert ein erhebliches Wissen, Erfahrung und Geschicklichkeit.

EMIL MAYER.

63) **B. Hewetson. Verbesserte Curette für Adenoide. (Improved adenoid scrape.)**

Abbildung und Beschreibung des Instrumentes, das ein ringförmiges Ende, ähnlich dem Gottstein'schen Messer, hat. Dasselbe ist von Reynolds und Branson angefertigt.

ADOLPH BRONNER.

64) **Urban G. Hitchcock. Das Wilhelm Meyer'sche Ringmesser bei lymphoider Hypertrophie. (The Wilhelm Meyer ring-knife in lymphoid hypertrophy.)** *N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports. 1899.*

Das von W. Meyer angegebene Ringmesser erscheint H. noch heute das beste Instrument, das am gründlichsten die Wucherungen entfernt. Der eingeführte Zeigefinger gewährt einen guten Schutz für die hintere Kante des Septums und die Vorsprünge der Eustachischen Tuben.

EMIL MAYER.

65) **J. H. Woodward. Eine neue Zange für Adenoide. (Another adenoid forceps.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Februar 1899.*

Beschreibung des Instrumentes, das von älteren Mustern in keinem wesentlichen Punkte abweicht.

LEFFERTS.

66) **Gradle. Adenoidwucherungen im Rachen. (Adenoid growths in the pharynx.)** *Chicago Medical Recorder. Juni 1899.*

G. empfiehlt ein neues Instrument, das ähnlich dem Schuetz'schen Adenotom arbeitet. Allgemeine Narkose hält er zur Entfernung der Adenoiden nicht für erforderlich. Die Mehrzahl der Fälle, in denen er Recidive sah, waren solche, bei denen unter Anwendung eines Anaestheticums operirt worden war.

EMIL MAYER.

67) **Thomas S. Kirkland** (Sydney N. S. Wales). **Ein neues Instrument für Adenoide. (A new instrument for adenoids.)** *Australian Medical Gazette. 20. Juni 1899.*

Eine Modification der Löwenberg'schen Zange. Die Blätter sind schneidend, sie greifen beim Schluss scherenartig in einander. K. hebt hervor, dass man auf diese Weise die Verletzung der Rachenwandschleimhaut vermeidet.

A. J. BRADY.

68) **W. A. Martin. Blutung nach Operation von Adenoiden. (Hemorrhage following adenoid operations.)** *Annals of Otology etc. Mai 1899. Laryngoscope. Juli 1899.*

Bericht über 3 Fälle, in denen eine Blutung nach der Operation eintrat, im ersten Falle $1^1/_2$ Stunden, im zweiten 2 Tage und im dritten 6 Tage nach der Operation. Alle 3 Fälle waren ohne Anaestheticum operirt worden. Eine Erklärung für den Eintritt der Blutung fand sich nicht.

EMIL MAYER.

69) **J. A. Stucky. Abtragung der Mandeln und Adenoiden mit letalem Ausgang. (Removal of tonsil and adenoid followed by fatal result.)** *Am. Practitioner and News. 1. März 1899. Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1899.*

Die Operation schien dringend erforderlich. Dieselbe verlief ohne Complication, bis 2 Stunden nachher eine Blutung eintrat, welche profus war, aber bald gestillt wurde. $7^1/_2$ Stunden nach der Blutung starb das Kind, wie Verf. vermuthet, infolge des Shock's.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

70) **Marcel Labbé u. Ch. Levi-Sirugue. Untersuchungen über die Structur der Mandeln. (Recherches sur la structure des amygdales.)** *Soc. anatom. de Paris. Juli 1899. p. 685.*

Die Verf. fixirten Stücke der Mandeln in essigsaurem Sublimat und färbten sie nach Parafineinbettung in Hämatoxylin-Eosin oder Phenol-Thionin.

Das bindegewebige Reticulum der Mandeln und die darin liegenden Follikel gleichen vollständig dem Bau der Lymphdrüsen. In dem Reticulum sieht man zwischen den Follikeln oder an ihrer Peripherie Lymphräume, die nicht wie in den Lymphdrüsen abgeschlossen sind. Dieselben setzen sich vielmehr fort in die zuführenden Lymphgefässe, die im peritonsillären Bindegewebe liegen. Dies letztere ist ein fertiges Bindegewebe, das in dünnen Zügen die Gefässe begleitet, ohne indessen richtige Septa zu bilden.

In physiologischer Hinsicht erscheinen die Mandeln als wahre Lymphdrüsen: sie haben ihre Bedeutung für die Hämatopoese; ihr Epithel spielt dieselbe Rolle als Schutzdecke, wie das der übrigen Mundschleimhaut.

A. CARTAZ.

71) **H. Walsham. Ueber das Vorkommen von Epithelialperlen in der Mandel. (A note on the occurrence of epithelial perls in the tonsil.)** *Lancet. 25. April 1899.*

W. untersuchte auf Grund der Kanthack'schen Mittheilung über diesen Gegenstand 150 Tonsillen und fand in dreien epitheliale Perlen.

ADOLPH BRONNER.

72) **Hilbert** (Königsberg). **Ueber das constante Vorkommen langer Streptococcen auf gesunden Tonsillen und ihre Bedeutung für die Aetiologie der Anginen.** *Zeitschr. f. Hygiene. 31. Bd. 3. Heft. 1899.*

Auf den gesunden Tonsillen von 50 poliklinischen Patienten und 50 Schul-

kindern fand H. regelmässig Streptokokken und zwar vielfach recht virulente. Beim Vergleich von 10 Individuen mit normalen Tonsillen und 10 Individuen mit erkrankten Tonsillen stellte sich heraus, dass die aus den Rachenorganen beider Gruppen von Individuen isolirten Streptokokken sich weder durch die Cultur noch durch ihre Virulenz unterschieden, so dass es unwahrscheinlich ist, dass den Streptokokken eine ätiologische Bedeutung für infectiöse Mandelentzündungen zukommt.

SEIFERT.

73) **von Scheibner** (Lippspringe). **Bilden die Tonsillen häufige Eingangspforten für die Tuberkelbacillen?** *Deutsche med. Wochenschr. 21. 1899.*

Verf. untersuchte zunächst 14 Gaumen- und 15 Rachentonsillen, die lebenden Individuen im Alter von 3—17 Jahren exstirpirt waren, histologisch auf die Anwesenheit von Tuberkeln und von Bacillen. Er fand nur zweimal Tuberkel und Riesenzellen, niemals Bacillen. In einem Fall schien ausgeheilte Tuberkulose vorhanden zu sein. — In beiden Fällen mit positivem Befunde glaubt Verf. primäre mittelbare oder unmittelbare Aspirationstuberkulose annehmen zu dürfen. — Verf. untersuchte ferner die Tonsillen von 13 Leichen ohne jegliche Tuberkulose, von 6 Leichen mit abgeheilter Tuberkulose, von 4 Leichen mit geringer latenter Tuberkulose, von 6 Leichen mit ausgedehnter Lungentuberkulose, von 2 Leichen mit Miliartuberkulose ohne Lungenphthise, von 1 Leiche mit tuberkulöser Meningitis ohne Lungenphthise. Unter diesen 32 Fällen fanden sich nur zwei mit — wahrscheinlich primärer — Tuberkulose der Tonsillen. — Die Arbeit ist im Leipziger pathologischen Institute Birch-Hirschfeld's ausgeführt und in Ziegler's Beiträgen in extenso publicirt.

ZARNIKO.

74) **Scheibner. Sind die Tonsillen häufig eine Eintrittspforte für den Tuberkelbacillus? (Are the tonsils frequently a port of entry for tubercle bacilli?)** *Journal of tuberculosis. Juli 1899.*

Die Resorptionsfähigkeit der Tonsille ist noch nicht ganz studirt. Die Compression der Mandel, die beim Schlucken stattfindet, ist geeignet, die Crypten derselben zu entleeren und daher sind die Tonsillen nach dem Schluckact besonders zur Aufsaugung flüssiger Substanzen geeignet. Auf diese Weise mögen die mit dem Staub eingeathmeten Bacillen in die Tonsillen gelangen.

EMIL MAYER.

75) **G. B. Sweeny. Die Gaumenmandeln. (The faucial tonsils.)**

„Die entzündete Gaumentonsille ist ein häufige und gewöhnliche Ursprungsstätte pathologischer Vorgänge, die schliesslich den gesammten Organismus in Mitleidenschaft ziehen."

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

76) **John R. Winslow. Die Mandeln eine Gefahr für den Organismus. (The tonsil as a menace to the organism.)** *Maryland Med. Journ. 13. Mai 1899.*

Der Verf. giebt eine ausgedehnte literarische Uebersicht über die vielfachen Infectionen, die durch die Gaumenmandeln und den sog. lymphoiden Schlundring Waldeyer's ihren Eintritt in den Körper nehmen. — Die ideale Operation für grosse Mandeln ist nach ihm die elektrokaustische, die Herausschneidung der ge-

sammten Mandel aus ihrer Kapsel; das Tonsillotom hält er für das am wenigsten geeignete Instrument.

EMIL MAYER.

77) **F. A. Packard. Endocarditis tonsillären Ursprungs. (Endocarditis of tonsillar origin.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 25. Mai 1899.*

P. berichtet über 5 Fälle von Endocarditis, die alle mit einem Anfall von Mandelentzündung begannen. In zwei von diesen Fällen war das Herz sicher gesund; in den andern drei ist dies nicht constatirt, aber doch wahrscheinlich. Der Verf. schreibt nicht die Tonsillitis und die Endocarditis, beide als gleichzeitige Folgen einer Ursache, dem Rheuma zu, sondern er hält die Endocarditis für eine Infection durch die Bacterien resp. ihre Gifte, welche durch die Mandeln in den Organismus eingedrungen waren.

EMIL MAYER.

78) **Redact. Notiz. Die Tonsillen als Eintrittspforte für Infectionen. (The tonsils a gateway for infection.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 27. Mai 1899.*

Der Zusammenhang zwischen der Mandelentzündung und den ihr nachfolgenden schweren Erkrankungen ist noch nicht so allgemein anerkannt, als der Ernst dieser Complicationen erforderlich macht. Die lebensgefährdende Endocarditis kann eine Folge der zu wenig sorgsamen Behandlung sein, die der initialen Tonsillenerkrankung zu Theil geworden ist.

EMIL MAYER.

79) **F. Jessen. Die Tonsillen als Eintrittspforte für schwere Allgemeininfection. (The tonsils as portals of entrance for grave general infection.)** *Pediatrics. Juli 1899.*

Die Entzündung des Tonsillargewebes eröffnet die bacterielle Invasion und die Mikroorganismen nehmen durch die Lymphkanäle ihren Weg in Auge, Ohr, Gesicht, Lippen etc. Hier erregen sie neue entzündliche Processe, welche häufig mittelst der Finger über die Hautdecke des ganzen Körpers verbreitet werden.

EMIL MAYER.

80) **G. J. Karagueosiantz. Die ätiologische Bedeutung der Mandelerkrankungen für die Pathologie gewisser Krankheiten. (The etiologic value of diseases of the tonsils in the pathology of certain affections.)** *Laryngoscope. Juni 1899.*

Unter 43 Fällen von pseudomembranöser Entzündung des Rachens sind 5 mal Complicationen verzeichnet, zumeist in acutem Gelenkrheumatismus bestehend. Unter den Fällen von Angina kam einer mit Icterus und einer mit Pleuritis zur Beobachtung. Zur Verhütung dieser Complicationen empfiehlt K. bei jeder Angina die Verordnung von salicylsaurem Natrium in mittleren Dosen.

EMIL MAYER.

81) **B. Abrahams. Rheumatische Tonsillitis. (Rheumatic tonsillitis.)** *N. Y. Med. Record. 15. Februar 1899. N. Y. Med. News. 18. März 1899. Charlotte Med. Journal. Mai 1899.*

A.'s Erfahrungen über die rheumatische Tonsillitis basiren auf einer grossen Zahl von Fällen von Chorea, Rheumatismus und Herzerkrankung bei Erwachsenen und bei Kindern, die er in den letzten 3 Jahren beobachtet hat. Klinisch sind

5 Formen von rheumatischer Halsaffection zu unterscheiden: 1. Das Erythem des Schlundes, das oft bei Rheumatismus zum Ausbruch kommt. 2. Die folliculäre Tonsillitis. 3. Die pseudomembranöse Angina. Zwischen dieser und der vorhergehenden Form ist in pathologischer Beziehung ein Unterschied nicht zu machen, obgleich, wenn Patienten an wiederholten Attacken leiden, diese fast immer der gleichen Form zugehören und ein Wechsel zwischen der einen und der anderen Form nur selten stattfindet. 4. Eine abortive Form, die Singer beschrieben hat, bei der nur vage Gelenk- und Muskelschmerzen bestehen. 5. Die chronische Tonsillitis rheumatica, die wahrscheinlich gichtischer Natur ist.

Die Hälfte der Choreafälle, zwei Drittel der Fälle von Herzerkrankung und fast die Hälfte der Fälle von acutem Rheumatismus lassen in der Anamnese das Vorhandensein von Halsaffectionen bestimmt erkennen. Die bacteriologische Untersuchung der Mandeln ergab stets den Befund von Streptokokken und Staphylokokken. Die gleichen Organismen fand man im Urin, wenn derselbe unter allen Vorsichtsmaassregeln der Blase entnommen war. Die Wahrscheinlichkeit der Infection durch die Tonsillen ist danach eine nicht geringe. Eine Reihe von Autoren halten den Rheumatismus für eine Vergiftung mit dem abgeschwächten Gifte des Keimes, der bei voller Virulenz Pyaemie erzeugt.

Der Verf. stellt folgende Schlusssätze auf:

1. Die gewöhnliche rheumatische Halserkrankung tritt in zwei Hauptformen auf — als Erythem des Schlundes und als eigentliche Tonsillitis.

2. Das Erythem ist häufiger bei Erwachsenen, bei Kindern häufiger die Tonsillitis; und zwar ist der gewöhnliche Typus der letzteren der folliculäre; die membranöse Form kommt häufiger bei älteren Individuen vor.

3. Das Erythem des Halses ist eine initiale Erscheinung des acuten Rheumatismus und die Tonsillitis kann die primäre Läsion sein.

4. Eine ganze Anzahl von Fällen ist mitgetheilt, dei denen an eine nicht-scarlatinöse Angina, die nicht mit Gelenkschmerzen complicirt war, Endocarditis sich anschloss. In zahlreichen anderen Fällen ging Tonsillitis einem Anfall von Arthritis oder Chorea unmittelbar voran.

5. Der Nachweis derselben Mikroorganismen in Mandeln, Gelenken, Blut und Urin spricht für die Theilnahme der Eiterkokken an der Aetiologie des Rheumatismus.

LEFFERTS.

82) **Bertram Abrahams. Die Beziehung der Mandelentzündung zum Rheumatismus und zur Chorea. (The relation of tonsillitis to rheumatism and chorea.)** *The Medical Brief. Juni 1899.*

Die Tonsillitis kann an jedem Punkte des rheumatischen Cyclus eintreten. Man findet Staphylokokken und Streptokokken in Gelenken, Blut und Urin. Eisen und Kali chloricum sind nach A. nützlicher als Salicyl. Der Arzt soll die Gefahr der Mandelentzündung stets betonen.

EMIL MAYER.

83) **J. E. Sawtell. Entzündung der Gaumenmandel. (Inflammation of the faucial tonsil.)** *Medical Monograph. Februar 1899.*

S. theilt ein in catarrhalische, croupöse und peri- oder retrotonsilläre Entzün-



dung. Die croupöse Tonsillitis in ihrer virulenteren Form hält er für contagiös. Für alle Formen ist die antirheumatische Behandlung angezeigt. EMIL MAYER.

84) **Redact. Notiz. Acute und chronische Mandelentzündung. (Tonsillitis acute and chronic.)** *Texas Med. Journal. April 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

85) **Keiper. Mandelentzündung mit Albuminurie. (Tonsillitis with albuminuria.)** *Charlotte Med. Journal. Mai 1899.*

Bei dem an Albuminurie leidenden Patienten traten zu verschiedenen Stunden Blutungen aus einem Geschwür auf der Mandel ein. Die Ulceration wird auf eine Alteration der Gefässwunde unter dem Einfluss der Nierenerkrankung zurückgeführt. EMIL MAYER.

86) **J. G. Brownson. Acute Tonsillitis bei einem Kind von 5 Monaten; ein zweiter Anfall 11 Monate später. (Acute tonsillitis in an infant of five months; a second attack eleven months later.)** *The Archives of Pediatrics. August 1899.*

Es handelte sich um eine typische folliculäre Mandelentzündung.

EMIL MAYER.

87) **Goodale. Zur Pathologie der acuten infectiösen Mandelentzündung. (The pathology of acute infective amygdalitis.)** *Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc. 17. Januar 1899. N. Y. Med. Journal. 25. Februar 1899.*

Die acute Mandelentzündung durch Streptokokken und Staphylokokken ist histologisch charakterisirt durch eine diffuse parenchymatöse Entzündung mit Proliferation der Lymphzellen und der Endothelialzellen. Dieselbe ist wahrscheinlich eine Folge der Resorption des in den Crypten gebildeten Toxins. Die Bakterien selbst sind nur selten in dem Mandelgewebe nachweisbar. Zuweilen aber findet in diesen Fällen eine Infection des Follikelinneren mit Keimen statt und dann entstehen Eiterungen und kleine Abscesschen, die gelegentlich in die Crypten sich entleeren. LEFFERTS.

88) **Rosa Engelman. Membranöse Tonsillitis und Pharyngitis bei Influenza. (Membranous tonsillitis and pharyngitis of influenza.)** *Journal Americ. Med. Association. 1. Juli 1899.*

Verf. erwähnt eine Reihe von Fällen, bei denen sich der Pfeiffer'sche Bacillus fand, obgleich das klinische Bild ganz das der Diphtherie war. In anderen Fällen, die ebenfalls klinisch wie Diphtherie aussahen, fand man keine Loeffler'schen Bacillen, sondern den Fraenkel'schen Pneumococcus.

EMIL MAYER.

89) **Seth Scott Bishop. Mandelentzündung bei Influenza. (Tonsillitis of influenza.)** *Medical Fortnightly. 1. April 1899.*

In der letzten Epidemie waren in einem besonders schweren Falle die Mandeln afficirt. Es bestand starker Schluckschmerz, doch erschienen die Tonsillen nur leicht hyperämisch. 36 Stunden aber nach dem Ausbruch der Krankheit war

die rechte Mandel von einer Masse Ulcerationen überdeckt. Nach 3 Tagen war der Patient geheilt.

EMIL MAYER.

90) **Bishop. Lokalbehandlung der Mandelentzündung bei Influenza. (Local treatment of influenzal tonsillitis.)** *Denver Med. Times. Mai 1899.*

B. empfiehlt die häufige Application von Wasserstoffsuperoxyd auf die ulcerirten Flächen; ausserdem bei erhöhter Temperatur Guajacol und Glycerin zu gleichen Theilen. Erleichterung gewährt auch eine 4 proc. Bromkalilösung und ein Spray von 3 proc. Menthol-Campher.

EMIL MAYER.

91) **H. Edwin Lewis. Bemerkungen über acute Mandelentzündung. (Remarks on acute tonsillar inflammation.)** *Vermont Med. Monthly. Januar 1899.*

Verf. giebt Veratrum viride und Aconit innerlich mit befriedigendem Erfolg.

EMIL MAYER.

92) **Newcomb. Acute Mandelentzündung. (Acute tonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 21. Januar 1899.*

Opium desodorat. 0,006
Tinct. Veratr. virid. 0,015
Hydrarg Chlor. mit. 0,006
Sacch. lact. q. s.
Ol. Anis. 0,003.
1 stündl. 1 Tablette beim Erwachsenen.

LEFFERTS.

93) **Ashby. Gegen acute Mandelentzündung bei Kindern. (For acute tonsillitis in children.)** *N. Y. Medical News. 28. Januar 1899. N. Y. Medical Record. 22. April 1899.*

Rp. Tinct. Aconit. 0,48
Liqu. Ammon. citric. 7,5
Syr. Aurant. 5,0
Aqu. destill. q. s. ad 60,0.
M. D. S. 2 Theelöffel voll 3 stündl. bei einem 5jährigen Kinde.

LEFFERTS.

94) **Redact. Notiz. Gegen Mandelentzündung und nicht-diphtheritische Anginen. (For amygdalitis and non-diphtheritic anginas.)** *N. Y. Med. Record. 21. Januar 1899.*

Salol 2,0
Ol. Amygdal. dulc. 4,0
Syr. simpl. 30,0
Aqu. destill. 75,0.
M. D. S. In 3 Dosen am Tage zu nehmen.

LEFFERTS.

95) **Stevens. Gegen Mandelentzündung. (For tonsillitis.)** *N. Y. Med. Record. 25. Februar 1899. N. Y. Med. News. 25. März 1899.*

Natrii benzoic. 3,75—15,0
Glycerin.
Elix. Calisayae ana 30,0.
M. D. S. 1—2 stündl. 1 Theelöffel voll.

LEFFERTS.

96) **Redact. Notiz. Gegen folliculäre Mandelentzündung. (Follicular tonsillitis.)** *N. Y. Med. Record. 7. Januar 1899.*

Acid. trichloracet. 0,09
Natrium 0,21
Kalium jodatum 0,45
Glycerin 5,0
Aqu. destill. 10,0.

M. D. S. Zur Einpinselung nach der Incision. LEFFERTS.

97) **Redact. Notiz. Gegen lacunäre Mandelentzündung. (Quinsy.)** *N. Y. Med. Record. 25. Februar 1899.*

Natrii salicyl.
Syrup. Acaciae ana 15,0
Aqu. Cinnamom. 120,0.

M. D. S. 2—3 ständl. 1 Dessertlöffel voll. LEFFERTS.

98) **Monre. Ein Gurgelwasser für lacunäre Mandelentzündung. (A gargle for lacunar amygdalitis.)** *N. Y. Med. Journal. 18. März 1899.*

Borax		
Kalium bromat. ana	5	Theile
Acid. carbol	1	„
Glycerin	50	„
Inf. Althaeae . . .	150	„

LEFFERTS.

99) **Jas. E. Kempf. Zur Behandlung der Mandelentzündung. (On the treatment of tonsillitis.)** *Louisville Med. Monthly. März 1899.*

Ausser Calomel, Hydrarg. bijodat., Aconit, Belladonna u. a. m. gebraucht Verf. auch noch als Spray und intern frisches Chlorwasser, dem Eisentinctur (die mindestens 2 Jahre alt sein soll) zugesetzt ist. EMIL MAYER.

100) **Redact. Notiz. Mandelentzündung. (Tonsillitis.)** *New York Lancet. Mai 1899.*

Rp. Tct. Aconit. 1,8
Tct. Belladonnae 3,75
Tct. ferri chlorat. 7,5
Tct. Jodi compos. 9,0.

M. D. S. Mit dem Pinsel aufzutragen. EMIL MAYER.

101) **Lacoarret. Beitrag zum Studium der ulcerös-membranösen Mandelentzündung. (Contribution à l'étude de l'amygdalite ulcéro-membraneuse.)** *Ann. de la polyclinique de Toulouse. März 1899.*

Eine sorgfältige klinische Studie dieser Krankheit, die nach Lacoarret keine bestimmte und selbstständige pathologische Erscheinung darstellt, vielmehr eine complicirende oder isolirte Aeusserung der Stomatitis ulcero-membranosa ist. Sie hat alle charakteristischen Zeichen dieser letzteren, nur treten einige secundäre Symptome hinzu, welche sich durch die besondere Localisation leicht erklären lassen. L. theilt eine Reihe neuer Beobachtungen mit. A. CARTAZ.

102) **Charles E. Clark. Chronische lacunäre Tonsillitis. (Chronic lacunar tonsillitis.)** *Kansas City Medical Record. Juli 1899.*

Die Affection soll individuell und nicht in allen Fällen gleich als blosse Hypertrophie behandelt werden. Sie kann zum Centrum allgemeiner Infection werden und constitutionelle Sepsis erzeugen. Alle Buchten müssen excidirt werden.

EMIL MAYER.

103) **L. D. Brose. Chronische Mandelschwellung. (Chronic enlargement of the tonsils.)** *Medical Progress. Januar 1899.*

Verf. bespricht erst die adenoiden Wucherungen und dann die Hypertrophie der Gaumenmandeln. Er berichtet von einem Fall, in dem bei einem Erwachsenen eine bedrohliche Blutung nach der Tonsillotomie eintrat. Für die hypertrophische Zungentonsille empfiehlt er Jodlösung und den Galvanokauter.

EMIL MAYER.

104) **J. I. Anderson. Hypertrophische Tonsillen. (Hypertrophied tonsils.)** *The Medical Council. Juli 1899.*

A. lässt die Tonsille von einem Assistenten mit einer Zange stark hervorziehen und entfernt sie dann mittelst Tonsillotom.

EMIL MAYER.

105) **Ludwig Freiberger. Adenoide und vergrösserte Tonsillen bei der Entstehung von Enuresis. (Adenoids and enlarged tonsils in production of enuresis.)** *Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. April 1899.*

Man ist schwerlich berechtigt, die Mandelvergrösserung unter den wesentlichsten Ursachen der Enuresis aufzuzählen.

EMIL MAYER.

106) **A. Logan Turner. Tuberculäre Mandeln und Adenoidwucherungen als Ursache vergrösserter Halslymphdrüsen. (Tubercular tonsils and adenoids as the cause of enlarged cervical lymph-glands.)** *Medical Bulletin. Mai 1899. Archives of Pediatrics. Juni 1899.*

Die hypertrophischen Tonsillen sind nicht allein wegen des mechanischen Hindernisses, das sie darstellen, gefährlich und zu entfernen, sondern weil ihre geringe vitale Resistenz gegen Bakterieninvasion sie zur Eintrittspforte für ernste Erkrankungen werden lässt.

EMIL MAYER.

107) **Thomson. Hypertrophie der Mandeln. (Hypertrophy of tonsils.)** *Philad. Med. Journal. 11. März 1899.*

Jodi 0,36
Kalii jodati 0,72
Ol. Menth. piperit. 0,24
Glycerin ad 30,0.
M. D. S. 2 mal täglich zu appliciren.

EMIL MAYER.

108) **Redact. Notiz. Hypertrophie der Mandeln. (Hypertrophy of tonsil.)** *Western Medical Review. 15. Mai 1899.*

Rp. Jodi 0,06
Kalii jodat. 0,12

Tct. Opii 1,08
Glycerin 120,0.
M. D. S. Morgens und Abends auf die Tonsillen aufzupinseln; ausserdem $^1/_2$ Theelöffel in warmem Wasser zum Gurgeln. EMIL MAYER.

109) **H. B. Stanley. Die Behandlung hypertrophischer Tonsillen. (Treatment of hypertrophied tonsils.)** *St. Louis Medical Era. 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes. EMIL MAYER.

110) **Carr Lane. Unblutige Tonsillotomie. (Bloodless tonsillotomy.)** *N. Y. Med. News. 8. Juli 1899.*

Verf. hält die Blutlosigkeit bei der Tonsillotomie keineswegs für eine so wünschenswerthe Sache, da der locale Blutverlust nach seiner Meinung einen Nutzen der Operation bedeutet. Deshalb befördert L. in den Fällen, in denen die Blutung spontan sehr gering ist, dieselbe künstlich durch Reiben.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

111) **T. A. Stucky. Plötzlicher Tod nach Entfernung der Tonsillen. (Sudden death following removal of the tonsils.)** *The Memphis Lancet. Juni 1899.*

Der Tod erfolgte 9 Stunden nach der Entfernung der Gaumenmandeln und Adenoiden durch Blutung. Verf. bringt den letalen Ausgeng mit Sepsis und einer hämorrhagischen Diathese in Zusammenhang. EMIL MAYER.

112) **Breitung. Ein neues Resectom für die Gaumenmandeln.** *Münchener med. Wochenschr. No. 2. 1899.*

Das Instrument besteht aus einem von hinten nach vorne schneidenden Messer, welches durch Zug an einem Führungsdraht schneidet, welcher in der Hohlröhre des Krause'schen Schlingenschnürers gleitet und an den Handgriff dieses Schlingenschnürers angesetzt wird. SCHECH.

113) **F. Foxcroft. Neue Guillotine für die Mandel. (New tonsil guillotine.)** *Lancet. 1. April 1899.*

Das Instrument, dessen Abbildung F. giebt, stellt eine Modification des Mackenzie'schen Tonsillotoms dar. Es ist bei Mayer und Meltzer zu haben.

ADOLPH BRONNER.

114) **J. A. Stucky. Die Peritonsillitis oder Bräune; ihre Ursache und Behandlung. (Peritonsillitis or quinsy. Cause and treatment.)** *Medical Herald. Februar 1899.*

Verf. ist der Ansicht, dass man die Peritonsillitis, wenn sie innerhalb 48 Stunden nach ihrem Ausbruch zur Behandlung kommt, abortiv curiren kann.

EMIL MAYER.

115) **Frederic C. Cobb. Peritonsillärer Abscess. (Peritonsillar abscess.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 27. Juli 1899.*

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen an 44 Fällen zu folgenden Schlüssen:

1. Ein causaler Zusammenhang zwischen Rheumatismus und Peritonsillarabscess ist nicht erweislich.

2. Ein acut entzündlicher Zustand der Mandel findet sich in so vielen Fällen, dass die Vermuthung nicht abzuweisen ist, dass die Infection des peritonsillären Gewebes dadurch verursacht wird.

3. Ein Studium des Pharyngomaxillarraums zeigt: a) dass die Injection mit Wachs am Cadaver ein ganz ähnliches Bild hervorruft, wie es der Peritonsillarabscess klinisch zeigt; b) dass seine Entfernung von der Fläche des Gaumens zu verwerthen ist für die Abschätzung der Tiefe des oft erforderlichen Einstichs; c) dass die Ueberkreuzung der dort vorhandenen Muskeln den schnellen Schluss der Einstichstellen erklärt; d) dass die Fossa supratonsillaris und das Spatium infratonsillare in anatomischer Hinsicht am freisten und für den Einstich am geeignetsten sind; e) dass der Einstich vor der durch die hinteren Gaumenbögen gelegten Ebene die grossen Gefässe nicht verletzen kann, wenn das Messer stets vor dieser Ebene verbleibt; f) dass dieser Raum durch ein Septum, welches der Musc. styloglossus und der stylopharyngeus bilden, in 2 Höhlen getheilt ist. Dadurch werden in den meisten Fällen die grossen Gefässe vor eitriger Infiltration geschützt. Fehlen dieses Septums erklärt Fälle, wie den Bosworth'schen, bei dem der Eiter an den grossen Gefässen entlang ins Mediastinum drang.

EMIL MAYER.

116) **Treitel. Natur und Bedeutung chronischer Mandelabscesse. (The nature and significance of chronic tonsillar abscesses.)** *Gaillard's Medical Journal. Mai 1899.*

Es entsteht oft die Frage, ob diese Abscesse primär oder secundär sind. In manchen Fällen ist ihre primäre Natur evident. Bei chronisch-recidivirender Entzündung räth T. Spaltung der Tonsille und sorgsame Reinhaltung des Mundes.

EMIL MAYER.

117) **Barbier. Tuberculose der Mandeln und des weichen Gaumens. (Tuberculosis of the tonsil and soft palate.)** *N. Y. Med. News. 11. März 1899.*

Die Tuberculose des weichen Gaumens und der Tonsille schien von directer Infection herzurühren, da der Gatte der Patientin 1 Jahr zuvor an Lungentuberculose gestorben war. Eine Affection der Lunge war bei der Frau nicht nachweisbar, auch bestand keine Expectoration. Die Diagnose auf Tuberculose des Gaumens wurde durch die bakteriologische Untersuchung bestätigt. LEFFERTS.

118) **Seymour Oppenheimer. Tuberculose der Mandel. (Tuberculosis of the tonsil.)** *Medical Age. 10. Juni 1899.*

Verf. bespricht das klinische Bild der Krankheit sowie die Erfolge der Behandlung mittelst Curettement und Milchsäure. EMIL MAYER.

119) **Dieulafoy. Schanker der Mandel. (Chancre of the tonsil.)** *N. Y. Med. Journal. 11. März 1899. The Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. April 1899. Charlotte Med. Journal. Mai 1899.*

Der Mandelschanker und die acute Tonsillitis können ganz gleiche Symptome

bieten. Selbst hochgradige Dysphagie, Frost und Fieber, allgemeine Abspannung kommen bei beiden vor. Nur 3 Zeichen sind für den Schanker zu verwerthen: Die Einseitigkeit der Affection, die Induration der Tonsille und die Schwellung der Halslymphdrüsen. Man mache sich zur Pflicht, bei jeder Tonsille, die suspect erscheint — weil sie erodirt, mit Excrescenzen versehen oder ulcerirt ist — bei jeder acuten Tonsillitis, die irgendwie vom gewohnten Bilde oder Verlauf abweicht, an Lues zu denken. Gesichert wird die Diagnose, wenn Roseolen und Schleimhautsyphilide auftreten.

LEFFERTS.

120) **H. C. Fenton. Primäre Syphilis der Tonsille. (Primary syphilis of the tonsil.)** *Medical Sentinel. Mai u. Juni 1899.*

F. berichtet über einen Fall von Geschwüren auf beiden Tonsillen, in dem 4 Wochen später eine allgemeine maculäre Eruption auftrat. Specifische Behandlung hatte ausgesprochene Besserung im Gefolge. — Sechs Monate nachher stellten sich Secundärerscheinungen im Halse ein, dann Lähmung mit apoplectischen Anfällen, schliesslich Dementia paralytica, die nach 10 Monaten zum Tode führte.

EMIL MAYER.

121) **Froissart. Gummiknoten in den Mandeln. (Des gommes amygdaliennes.)** *Thèse de Lille. 1899.*

Die syphilitischen Tertiärerscheinungen der Mandeln sind nach F. ziemlich selten. Der Verf. bespricht die Symptome des ulcerirten Gumma und seine möglichen Complicationen. Neben dieser typischen Erscheinung der tertiären Lues kann auch das nicht-ulcerirte Gumma vorkommen und ferner eine ganz oberflächliche Ulceration; beide aber sind noch seltener als der erstgenannte Process.

A. CARTAZ.

122) **Gaudier. Gummigeschwulst der Mandel mit Invasion des Gaumensegels. (Gomme de l'amygdale ayant envahi le voile de palais.)** *Société centrale de méd. du Nord. 13. Januar 1899.*

55jährige Frau, die über den Anfang der luetischen Erkrankung keine Angaben zu machen vermag. Vor 6 Monaten ulcerirte die Mandel und die Ulceration hat sich allmählich ausgebreitet auf das Gaumensegel und in die Tiefe bis zu den grossen Gefässen. An den Extremitäten besteht Rupia syphilitica.

A. CARTAZ.

123) **René Lamy. Das Verhalten der vier Mandeln im Secundärstadium der Syphilis. (Etat des quatre amygdales dans la période secondaire de la syphilis.)** *Thèse de Bordeaux. 1899.*

Die Mandeln sind bei der secundären Syphilis stets mehr oder weniger afficirt. Als häufigste Veränderungen werden Hypertrophie, Erythem, Erosionen, Diptheroide, Plaques, Ulcerationen und Condylome constatirt.

E. J. MOURE.

124) **Paul Reinhard** (Wien). **Ein Fall von Tonsilla pendula.** *Wiener klinische Wochenschrift. No. 14. 1899. The Laryngoscope. Juli 1899.*

Die prall gespannte Geschwulst sass dem hinteren oberen Theil der linken Tonsille und dem hinteren Gaumenbogen mittelst eines ca. $^1/_2$ cm breiten und

etwas längeren bandartigen Stranges als accessorische Tonsille auf und wurde mit der galvanokaustischen Schlinge abgetragen. R. beschreibt weiter einen Fall von Follikelektasie der Gaumentonsille und einen solchen der Zungentonsille.

CHIARI.

125) **A. Robertson. Mandelsteine. (On tonsillar calculi.)** *Brit. Med. Journ. 7. Januar 1899.*

50jähriger Mann, seit 6 Jahren an recurrirender Tonsillitis leidend. Vor 3 Jahren trat eine Eiterung der rechten Submaxillardrüse ein und es wurde incidirt. Im Juni 1898 hustete Pat. einen grossen Stein von fast 15 g Gewicht aus. Hinter dem rechten Gaumenbogen ist eine grosse hüglige Fläche mit centraler Depression zu sehen, in der der Stein offenbar gelegen hat.

ADOLPH BRONNER.

126) **R. Strong. Mandelsteine. (Tonsillar calculi.)** *Brit. Med. Journ. 1899.*

19jähriger Knabe hustete 2 Steine aus, der eine pflaumengross, der andere kleiner. Hinter dem linken vorderen Gaumenbogen erblickte man eine entsprechende tiefe Depression.

ADOLPH BRONNER.

127) **Richmond Mc Kinney** u, **James L. Minor. Ungewöhnliche Localisation einer Fischgräte. (Unusual lodgement of a fish-bone.)** *Memphis Med. Monthly. März u. April 1899.*

Krankengeschichte von drei Fällen, bei welchen eine Gräte zur Hälfte in der Tonsille steckte.

EMIL MAYER.

128) **Yeardsley. Gutartige Geschwülste der Tonsille. (Benign growths of the tonsil.)** *N. Y. Med. Record. 6. Mai 1899.*

Das echte Papillom der Tonsille ist ungewöhnlich. Andere gutartige Geschwülste sind relativ häufiger; sie sind oft entzündlichen Ursprungs und mit Vergrösserung der Mandeln einhergehend.

LEFFERTS.

129) **A. Onodi. Das Lipom der Mandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryng. Bd. 9. S. 324. 1899.*

Kurze Beschreibung (mit Abbildung eines mikroskopischen Präparates) zweier Fälle von Lipoma resp. Fibroma lipomatosum der Mandel. Bisher sind 3 Fälle in der Literatur vorhanden; der erste derselben ist von O. selbst mitgetheilt.

F. KLEMPERER.

130) **Hugo Mamlok. Ein Fall von primärem malignem Lymphom der Tonsille.** *Fraenkel's Archiv f. Laryng. Bd. 9. S. 485. 1899.*

Das primäre Auftreten des Lymphoms in der Mandel ist selten. M. hat in der Literatur nur 7 Fälle gefunden. Eine Arsenbehandlung brachte erhebliche Besserung. Dieselbe hielt aber nicht an. Die zweite gleiche Cur versagte und Patient starb. Ein Stückchen der Tonsille wurde intra vitam untersucht. Die Section konnte nicht gemacht werden.

F. KLEMPERER.

131) **J. G. Connal. Krebs der Mandel. (Carcinoma of the tonsil.)** *Brit. Med. Journal. 25. März 1899.*

60jährige Frau bemerkte seit einigen Monaten eine Geschwulst am rechten

Kieferwinkel und gleichzeitig eine Schwellung und Ulceration der rechten Tonsille. Schmerzen und Dysphagie fehlen. An der Mandel ist 4mal operirt worden.

ADOLPH BRONNER.

d. Diphtheritis und Croup.

132) **A. Golowkow. Ueber die Differentialdiagnose der Diphtheriebacillen von den pseudodiphtheritischen nach der Methode von Neisser. (O differenziatsom rosposnawanin difteriinich palotschek ot loshnadifteriinich po sposobu Neissera.)** *Wojenno-Med. Journal. Januar 1899.*

G. versuchte die Neisser'sche Methode an Culturen und findet sie ausreichend zur Erkennung der wahren Löfflerbacillen.

P. HELLAT.

133) **H. Richardière** und **L. Tollemer** (Paris). **Pseudodiphtheriebacillen und Diphtheriebacillen. (Bacille pseudo-diphthérique et bacille diphthérique.)** *Presse médicale. 29. März 1899.*

Die Untersuchungen der Verff. ergaben, dass

1. der Pseudodiphtheriebacillus die Gram'sche Färbung energischer zurückhält als der echte Diphtheriebacillus.

2. die Färbung nach Neisser in dem Löffler'schen Bacillus endständige Granulationen (Polarkügelchen) zu Gesicht bringt, die dem Pseudodiphtheriebacillus fehlen.

3. ein Culturmedium, auf welchem beide Bacillen so verschieden wüchsen, dass ihre Differenzirung sicher gelänge, nicht existirt.

Die Verff. resumiren sich dahin, dass die rein morphologische Seite der bacteriologischen Untersuchung ihre volle Bedeutung behält, wenn man nur den langen Bacillus constatirt. Findet man aber die kurzen und mittleren Bacillen, dann bleibt immer ein grösserer oder geringerer Zweifel bestehen und man muss nicht nur die oben genannten Punkte beachten, sondern auch durch den Thierversuch die Virulenz prüfen.

PAUL RAUGÉ.

134) **Barbier. Generalisation des Diphtheriebacillus. (Généralisation du bacille diphthérique.)** *Société de Pediatrie. 9. Mai 1899.*

Zwischen der Grösse der Pseudomembran und der Allgemeininfection besteht kein Parallelismus. Die letztere kann noch fortdauern, wenn die Membran bereits verschwunden ist. Sie kann sich auch durch Mischinfection compliciren; dann muss man eine grössere Serumdosis injiciren und die Injection mehrfach wiederholen.

PAUL RAUGÉ.

135) **Redact. Notiz. Die Persistenz der diphtheritischen Infection. (Persistence of diphtheritic infection.)** *Philad. Med. Journal. 17. Juni 1899.*

Der Artikel lenkt die Aufmerksamkeit auf die Dauerhaftigkeit des Klebs-Löffler'schen Bacillus und seiner Virulenz. Unter 1000 Fällen, die daraufhin untersucht wurden, war die kürzeste Zeit, nach welcher der Bacill verschwand, 3 Tage und die längste 145 Tage, der Durchschnitt 22 Tage.

EMIL MAYER.

136) **F. Woollacott. Drei Fälle von Herzthrombose bei Diphtherie. (Three cases of cardiac thrombosis in diphtheria.)** *Lancet. 6. Mai 1899.*

9jähriger Knabe, der 16000 Immunitäts-Einheiten innerhalb 3 Tagen injicirt erhalten hatte. Am 3. Tage zeigte er starke Unruhe, am 4. traten plötzlich schwere pericardiale Schmerzen auf und der Puls wurde sehr unregelmässig. Nach 8 Stunden starb das Kind. Der linke Ventrikel und das Herzohr fanden sich bei der Section von einem weichen schwarzen Gerinnsel erfüllt. Der rechte Ventrikel war durch einen grossen postmortalen Thrombus ausgedehnt. Der zweite und dritte Fall sind ganz ähnlich; im letzten war kein Serum gegeben worden. Die Diphtherie zeigte in allen drei von Anfang an einen schweren Typus.

ADOLPH BRONNER.

137) **Francis Huber. Diphtheritische Lähmung. (Diphtheritic paralysis.)** *Pediatrics. 1. Juni 1899. Cleveland Journal of Medicine. Juni 1899.*

Die Lähmung ist die Folge einer toxischen peripheren Neuritis (parenchymatöse Degeneration des Nerven) und nicht centralen Ursprungs. Ein Theil der Patienten mit diphtheritischer Lähmung geht an Aspirationspneumonie oder Collaps zu Grunde. Ruhe und Strychnin in grossen Dosen ist zu empfehlen.

EMIL MAYER.

138) **Redact. Notiz. Behandlung der diphtheritischen Lähmung. (Treatment of diphtheritic paralysis.)** *The Med. and Surg. Monitor. 15. Juni 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

139) **Toepfer. Ueber Diphtheritis. (O difterite.)** *Eshenedelnik. No. 15. 1899.*

Nichts von Bedeutung.

E. HELLAT.

140) **R. Bayeux** (Paris). **Ueber ein neues Merkmal, welches beim Croup die Nothwendigkeit eines chirurgischen Eingriffs voraussehen lässt. (Sur un nouveau signe clinique permettant de prévoir l'urgence prochaine de l'intervention chirurgicale dans le croup.)** *Comptes rendus du Congr. intern. de Moscou. Bd. III. Sect. VI.*

Als solches sieht B. die Contraction der Mm. sternocleido-mastoidei an.

P. HELLAT.

141) **N. A. Kremer. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *The Med. and Surg. Monitor. 15. Juni 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

142) **A. Irego Shertzer. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Journal of Practical Medicine. Juni 1899.*

S. hat vollständiges Vertrauen zu der interen Medication von Eisentinctur.

EMIL MAYER.

143) **James G. Brubaker. Die wesentlichen Punkte in der Behandlung der Diphtheritis. (The essential points in the treatment of diphtheria.)** *Medical Age. 25. Juni 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.



144) **Sigel** (Stuttgart). **Die Serumbehandlung der Diphtherie.** *Med. Corr.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 31. 1899.*

Die Gesammtzahl der in 16 Jahren behandelten Diphtheriekranken beträgt 2827, davon 1723 ohne Serum behandelt mit 38,8 pCt. Sterblichkeit, während von 904 mit Serum behandelten nur 12,3 pCt. starben. Seit Einführung der Serumbehandlung überschritt die Sterblichkeitsziffer niemals mehr 15 pCt. Die Nebenwirkungen des Serums treten vorzugsweise in der Form der bekannten Exantheme auf, ausserdem als Gelenkschmerzen, aber stets in einer langdauernden bedeutungslosen Form. Betreffs der Immunisirung sind die Ergebnisse noch unsicher und unklar, doch empfiehlt S. dieselbe namentlich für die Privatpraxis.

SEIFERT.

145) **M. Myschkin. Zur Frage des Kampfes gegen die Diphtherie durch die Serotherapie. (K woprosu o borbe s difteritom pri seroteropii.)** *Wojenno-Med. Journal. Januar 1899.*

Wiederholung längst bekannter Thatsachen.

P. HELLAT.

146) **Mikusow. Zur Casuistik der Antidiphtherieserumanwendung. (K kasuistike primenenija antidifteritnoi siworotki.)** *Eshenedelnik. 20. 1899.*

Nichts Erwähnenswerthes.

P. HELLAT.

147) **M. Königsberg. Ueber Diphtherie im Orenburgschen Gouvernement im Jahre 1897. (O difterite w orenburgskoi gubernii sa 1897 g.)** *Bojenno-Med. Journal. März 1899.*

Erkrankungsfälle 1047. Sterblichkeit 17,7 pCt. Die Sterblichkeit ist am grössten zwischen dem 2.—7. Lebensjahre; sie schwankt zwischen 9—19 pCt.

Von den mit Serum behandelten Kranken starben auf dem Lande 14 pCt., in der Stadt 8 pCt. Bei den mit andern Mitteln behandelten betrug das Verhältniss 15 und 20 pCt.

Paralysen wurden beobachtet in 6,03 pCt. aller Behandelten; je früher die Injection, desto weniger Paralysen.

Hervorzuheben ist der Unterschied, der sich ergiebt nach der Person der die Fälle Behandelnden. Bei den von Aerzten behandelten Fällen war die Sterblichkeit 15—20 pCt., bei den von Feldscheren behandelten 48—51,1 pCt. Die letzteren wandten kein Serum an.

P. HELLAT.

148) **Sevestre** (Paris). **Die Behandlung der Diphtherie mit dem Heilserum an dem Kinderhospital zu Paris. (Le traitement de la diphthérie par le serum antidiphthérique à l'hopital des enfants maladies de Paris.)** *Comptes rendus des XII. intern. Congr. Bd. III. Sect. VI.*

S. hat im Verlaufe von 30 Monaten 2410 Kinder beobachtet, von denen 365 = 15,14 pCt. starben.

In den 4 der Serumbehandlung vorhergehenden Jahren betrug die Sterblichkeit 47,64 bis 55,88 pCt.

S. setzt auseinander, dass die Sterblichkeit der reinen Diphtheriefälle noch geringer sein muss. Von seinen Kindern erlagen viele der Bronchopneumonie, der Tuberculose etc.

P. HELLAT.

149) **J. Terrés** (Mexico), **Resultate der Behandlung der Diphtherie vermittelst Serum in Mexico. (Résultats du traitement de la diphthérie par le sérum au Mexico.)** *Comptes rendus des XII. intern. Congr. Bd. III. Sect. VI.*

Nach F. hat die Diphtherie, die erst 1892 durch französische Soldaten in Mexico eingeführt wurde, dort keine besondere Neigung sich zu verbreiten. Die Resultate der Serumbehandlung waren daher sehr günstig.

P. HELLAT.

150) **Violi** (Constantinopel). **Behandlung der Diphtherie durch Heilseruminjection. (Traitement de la diphthérie par les injections du sérum antidiphthérique.)** *Daselbst.*

Verf. hat 263 Kinder behandelt und ist ein warmer Anhänger der Serumtherapie.

P. HELLAT.

151) **G. Wlaer** (Petersburg). **Ueber die Serotherapie-Frage. (Sur la question de sérothérapie.)** *Daselbst.*

W. erörtert die Fragen nach der Wirkung des Serums auf das Blut, der Differenz dieser Wirkung bei carbolisirtem Serum und der Häufigkeit der Injectionen.

Seine Thierversuche sprechen für den Gebrauch von einfachem nicht carbolisirten Serum.

P. HELLAT.

152) **J. Fibiger** (Kopenhagen). **Die Resultate der Serumbehandlung bei Diphtherie im Bledamsspital in Kopenhagen.** *Daselbst.*

F. hat 2 Reihen von Diphtheriekranken nebeneinander mit und ohne Serum behandelt. Dabei wurde keine Auswahl geübt, sondern die jeden zweiten Tag aufgenommenen mit Serum und die an den dazwischenliegenden Tagen aufgenommenen ohne Serum behandelt. Der Versuch dauerte ein ganzes Jahr. Die Zahl der Kinder betrug:

238 mit Serum; davon starben 7 oder 2 pCt.
245 ohne Serum; „ „ 30 „ 12,2 „

P. HELLAT.

153) **A. Baginski** (Berlin). **Weitere Beiträge zur Serumtherapie der Diphtherie nach den Beobachtungen im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause zu Berlin**. *Daselbst.*

Der Verfasser, dessen Anschauungen den Lesern des Centralblattes wohl schon bekannt sind, fasst seine letzten Beobachtungen in den Schlusssätzen zusammen:

1. Das Heilserum hat sich als ein ganz sicher wirkendes Heilmittel gegen Diphtherie erwiesen, sofern es in ausreichender Menge frühzeitig zur Anwendung kommt.

2. Die Immunisirung der der Infection ausgesetzten Kinder ist mit Rücksicht auf die sichere Heilwirkung des Serums nicht geboten und nur auf Pflegeanstalten und Krankenhäuser zu beschränken.

An der auf den Vortrag folgenden Discussion nahmen Theil: Martin (Genf), Escherich (Graz), Heubner (Berlin), Johannessen (Christiania), Rauchfuss (Petersburg), Monti (Wien), Concetti (Rom), Pawlowsky (Kiew).

P. HELLAT.



154) **E. Rauchfuss** (Petersburg). **Ueber die Anwendung des Diphtherieheilserums in Russland und ihre Erfolge.** *Daselbst.*

R. berichtet in umfassender Weise über eine Sammelforschung, die bereits gelegentlich einer anderen Arbeit desselben Verfassers im Centralblatt für Laryngologie erwähnt wurde. Neu in der vorliegenden Arbeit ist die Beschreibung der Heilserumstationen in Russland, deren es im Ganzen 11 giebt. An der Spitze derselben steht das Institut für Experimentalmedicin in St. Petersburg.

P. HELLAT.

155) **Monti** (Wien). **Heilerfolge des Heilserums bei Diphtherie.** *Daselbst.*

Auf Grund von 247 diphtheriekranken Kindern mit einer Gesammtsterblichkeit von 17 pCt. behauptet M. den günstigen Einfluss des Heilserums. M. ist kein Anhänger von allgemeinen Statistiken. Zur genaueren Beurtheilung der Erfolge ist eine Eintheilung in leichte, mittelschwere und schwere Formen erforderlich. Am wenigsten leistet das Serum bei der letzten Gruppe — 76 pCt. Sterblichkeit.

P. HELLAT.

156) **L. Przedborski** (Lodz). **Statistischer Bericht über die im Lodzer israelitischen Krankenhause vermittelst des Behring'schen Heilserums in den letzten Jahren bei Croup und Diphtherie erzielten therapeutischen Erfolge.** *Daselbst.*

P. weist vor allen auf die Resultate hin, welche bei den Tracheotomirten vor und während der Serumperiode erzielt wurden. In den 2 der Serumperiode vorhergehenden Jahren betrug die Mortalität 48,3 pCt., in den Serum-Jahren 24,4 pCt.

P. HELLAT.

157) **Martinez Vargas** (Barcelona). **Beitrag zur Lehre von der Immunität bei der Diphtherie. (Contribution à la doctrine de l'immunité dans la diphthérie.)** *Daselbst.*

V. ist der Meinung, dass die Diphtherie nach einer überstandenen Diphtherie nicht sehr häufig ist, aber doch vorkommt und sogar einen schwereren Verlauf nehmen kann, als das erste Mal. Diese Anschauung wird durch einen tödtlich verlaufenen Fall (trotz Serum) illustrirt.

P. HELLAT.

158) **Romniciano** (Bukarest). **Die üblen Zufälle der Serumtherapie bei Diphtherie. (Des accidents de la sérothérapie dans la diphthérie.)** *Daselbst.*

R. führt aus, dass das Serum kein Präventivmittel ist; daher spricht er sich gegen die Anwendung desselben vor voller Sicherstellung der Diagnose aus.

P. HELLAT.

159) **John M. Maury. Ein Anfall von Diphtherie am 96. Tage nach Immunisirung durch Serum. (An attack of diphtheria on the ninety sixth day after the administration of an imunizing dose of antitoxin.)** *Memphis Lancet. Juni 1899.*

Die Ueberschrift besagt das Wesentliche.

EMIL MAYER.

160) **Palmer H. Lyon. Serum bei Diphtherie. (Antitoxin in diphtheria.)** *Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. Juni 1899.*

Das Serum soll frühzeitig gegeben und alle Personen, die der Ansteckung ausgesetzt sind, sollen immunisirt werden.

EMIL MAYER.

161) **Ward B. Whitcomb. Die Darreichung von Serum per os. (The administration of antitoxin by mouth.)** *Archives of Pediatrics. Juni 1899.*

Verf. berichtet über den Fall eines Erwachsenen, dem er das Serum per os gab. Derselbe genas.

EMIL MAYER.

162) **E. A. Crain. Serum bei Diphtheritis. (Antitoxin in diphtheria.)** *The Medical Fortnightly. 1. Juni 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

163) **M. A. Albl. Erfahrungen mit dem Diphtherieserum an 69 Fällen. (Observations on the use of antitoxin in the treatment of diphtheria based on experience with sixty-nine cases.)** *Cleveland Medical Gazette. Juni 1899.*

A.'s Erfahrungen sind sehr günstige. Nach seiner Meinung kommt die Krankheit innerhalb 24 Stunden zum Stillstand. Die Behandlung soll durch Wiederholung der Injectionen fortgesetzt werden, bis vollständige Heilung erzielt ist.

EMIL MAYER.

164) **R. M. Harbin. Sieben Fälle von diphtheritischem Croup; zwei durch Serum abortiv geheilt und 5 durch Serum und Intubation geheilt. (Seven cases of diphtheritic croup — two aborted by antitoxin and five cured by antitoxin and intubation.)** *Atlanta Journal-Record of Medicine. Juni 1899.*

Die Ueberschrift besagt das Nöthige.

EMIL MAYER.

165) **Charles Bolton. Die Complicationen der Serumbehandlung der Diphtheritis. (The complications of the serum treatment of diphtheria.)** *New York Lancet. Juni 1899.*

Bei 43,2 pCt. der Injicirten traten Ausschläge auf, bei 7,4 pCt. Schmerzen, 3,6 pCt. Fieber und 1,3 pCt. Abscess. Eine Infiltration um die Injectionsstelle wurde bei 8 pCt. der Fälle verzeichnet und 1 Fall von Scharlach und Diphtherie zeigte eine Nekrotisirung der Injectionsstelle. Dieser Patient starb.

EMIL MAYER.

166) **J. N. Love. Einige Gedanken über Diphtheritis. (Some thoughts on diphtheria.)** *Medical Mirror. Juni 1899.*

Verf., welcher der Serumtherapie mit grosser Zurückhaltung gegenüber trat, ist ein enthusiastischer Anhänger derselben geworden.

EMIL MAYER.

167) **Wm. A. Clark. Serumbehandlung bei Diphtherie. (Antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 10. Juni 1899.*

„Man hat gesagt, wir wissen nicht, was das Serum ist oder wie es wirkt, ob es nützlich oder schädlich ist. Meine Antwort ist einfach die des Blinden, der durch ein Wunder des Herrn sein Augenlicht wiederbekommen hatte und dem man dann sagte, sein Wohlthäter sei ein Sünder. „Ob es ein Sünder ist oder nicht", antwortete dieser, „das weiss ich nicht. Eins aber weiss ich: Früher war ich blind und jetzt sehe ich."

LEFFERTS.



168) **W. W. Lambert. Sechszehn Fälle von Diphtherie mit Serum behandelt. (Sixteen cases of serum-treated diphtheria.)** *The Canadian Practitioner and Review. Juni 1899.*

15 von den 16 Fällen wurden geheilt.

EMIL MAYER.

169) **F. E. Sampson. Einige Erfahrungen mit der Intubation. (Some experiences with intubation.)** *The Medical Herald. Juni 1899.*

S. berichtet über seine verschiedenen Erfahrungen. Bei sehr schwachen Patienten ist er dafür, in vornüber geneigter Haltung zu intubiren; ist die Athmung langsam, unregelmässig und krampfhaft, so soll unter localer Anästhesie oder ohne jedes Narcoticum tracheotomirt werden.

EMIL MAYER.

170) **A. E. Mitchell. Intubation gegen Tracheotomie bei der Diphtherie. (Intubation versus tracheotomy in diphtheria.)** *Kansas City Medical Record. Juni 1899.*

M. führt 5 Gründe gegen die Intubation an.

EMIL MAYER.

171) **Chas. J. Whalen. Ein neues Instrument für die Intubation. (A new intubation instrument.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

Der O'Dwyer'sche Extubator mit einem verlängerten und gezahnten laryngealen Ende, für die Intubation und Extubation brauchbar.

EMIL MAYER.

172) **Tsakiris** (Paris). **Modificationen der O'Dwyer'schen Instrumente. (Modifications des instruments d'O'Dwyer.)** *Verhandlg. d. XII. internat. Congr. zu Moskau.*

Die Hauptveränderung besteht in der Anwendung von Aluminium statt Kupfer.

P. HELLAT.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

173) **Johnson Symington** (Belfast). **Die Knorpel des Kehlkopfs der Monotremen. (The cartilages of the monotreme larynx.)** *The Journal of Anatomy and Physiology. Vol. 34. 1899.*

Aus dieser Arbeit, die von bedeutendem entwicklungsgeschichtlichem Interesse ist und im Original studirt werden sollte, sei hervorgehoben, dass der Verfasser sich nach seinen Studien am Kehlkopf der Echidna und des Ornithorhynchus der Ansicht von Nicolas und Kallius anschliesst, dass der Schildknorpel aus der Verschmelzung zweier lateraler Kiemenbögen hervorgeht. Diese Anschauung würde, wenigstens theilweise, den merkwürdigen Fall von Missbildung des Kehlkopfs und der Luftröhre erklären, welchen der Referent im Jahre 1892 vor der Clinical Society of London demonstrirte und der im Centralblatt Bd. IX. pp. 609, 610 ausführlich beschrieben worden ist. Damals vermochte Niemand eine befriedigende Erklärung des Umstandes zu geben, dass in diesem Falle die beiden Schildknorpelhälften vorn nur mittelst einer dünnen ligamentösen Verbindung

zusammenhingen, und dass die rechte Hälfte des Schildknorpels die linke überragte. Die entwicklungsgeschichtlichen Studien von Nicolas, Kallius und Symington erklären die Anomalie in ungezwungester Weise. FELIX SEMON.

174) **Galatti** (Wien). **Beitrag zur Anatomie des kindlichen Kehlkopfs.** Aus d. anatom. Institut d. Prof. Zuckerkandl. *Wiener klin. Wochenschr. No. 7. 1899.*

Aus den Untersuchungen ergeben sich mancherlei Variationen in Bezug auf die Entwickelung, sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Kehlköpfen, die offenbar individuelle Bildungen darstellen. So waren die weiblichen Kehlköpfe in den ersten zwei Lebensjahren weiter vorgeschritten, als die männlichen gleichen Alters. Gegen Ende des Kindesalters hingegen war das Verhältniss umgekehrt. — Von Anomalien fand G. die Selbstständigkeit des oberen Schildknorpelhornes in zwei Fällen. Beim kindlichen Kehlkopfe liegt das Zungenbein ganz nahe dem Schildknorpel an. — Beim Neugeborenen ist die Rindknorpelplatte ganz nach rückwärts geneigt, was erst im 4. Lebensjahre sich ändert. — Auch ist die Stimmritze im Kindesalter absolut und relativ schmäler als beim Erwachsenen. — Die Ebene des Ringknorpelringes ist die engste im kindlichen Laryngo-Trachealrohre. CHIARI.

175) **D. Hansemann** (Berlin). **Untersuchungen über die Entwicklung der Morgagni'schen Taschen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. Heft 1. 1899.*

H. hat an 7 Föten die Entwicklung der Morgagni'schen Taschen studirt, indem er Wachsabgüsse des Kehlkopfes herstellte. Er führt den Ventrikel nicht auf eine hypothetische 5. Visceraltasche zurück, sondern erklärt seine Entstehung durch die mechanische Zerrung, welche durch die Ausdehnung des Schildknorpels und das Hinaufsteigen des Zungenbeins veranlasst ist. Die Gestalt der Tasche unterliegt schon beim Fötus gewissen Schwankungen. Beim Erwachsenen variiren die Ventrikel unter einander und auch individuell oft nicht unerheblich; das häufigste ist, dass ein oder beide Ventrikel bis unter die Vallecula reichen, so dass eine eingeführte Sonde sich zwischen Zungengrund und Epiglottis vorbuchtet. Nach H.'s Erfahrung lässt sich dies etwa bei jeder 20. Leiche einseitig oder doppelseitig nachweisen. F. KLEMPERER.

176) **J. Cousin. Anomalie des Kehlkopfs die Athmung verhindernd. (Laryngeal anomaly hindering the establishment of respiration.)** *Archives of Pediatrics. Juni 1899.*

Der Kehlkopf war nicht offen; die vollständig ossificirte Epiglottis adhärirte in ihrer ganzen Circumferenz an den unteren Knorpeln. Das Kind starb etwa 25 Minuten nach der Geburt. EMIL MAYER.

177) **E. Berthold** (Königsberg). **Ein Fall von Hermaphrodismus masculinus diagnosticirt mit dem Laryngoskop.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. S. 70. 1899.*

Interessante Geschichte einer 22jährigen kleinen blonden Person mit weiblichem Namen, welche die Poliklinik wegen Halsschmerzen und Heiserkeit auf-

suchte, durch die Breite und Länge ihrer Stimmlippen auffiel und dann bei genauerer Untersuchung als männliches Individuum mit etwas verbildeten Genitalien sich erwies. Auch das Röntgenbild des Kehlkopfs ergab Verhältnisse, wie sie dem männlichen Geschlechte eigen sind. Die Person hat sich später zum geschlechtsreifen Manne entwickelt.

F. KLEMPERER.

178) **N. Lunin. Ueber das Laryngoskopiren bei Kindern.** *Petersburger medic. Wochenschr. No. 40. 1899.*

Eine Besprechung der verschiedenen vorgeschlagenen Methoden. Bei kleinen Kindern giebt nach L. keine ein befriedigendes Resultat. Ein einjähriges Kind ging infolge eines Fremdkörpers in der Trachea zu Grunde, weil es nicht laryngoskopirt werden konnte.

P. HELLAT.

179) **Hunter Mackenzie. Bemerkungen über Kehlkopfgeschwülste bei Kindern. (Remarks on laryngeal growths in children.)** *Brit. Med. Journal. 20. Mai 1899. N. Y. Lancet. August 1899.*

Ein Auszug einer Post Graduate Lecture, die der Verf. in Edinburgh gehalten hat. Er empfiehlt als beste Behandlungsmethode bei Kindern stets die Tracheotomie. Die Zeit der Reconvalescenz muss auf 6 Monate veranschlagt werden.

ADOLPH BRONNER.

180) **John M. Ingersoll. Gutartige Kehlkopfgeschwülste. (Benign laryngeal tumors.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Verf. theilt die Krankengschichten von 7 Fällen mit, 3 Fibrome und 4 Papillome. Der jüngste Patient war 6, der älteste 45 Jahre alt. Die Geschwülste wurden sämmtlich mittelst endolaryngealen Eingriffs entfernt, ihre Basis mit Chromsäure geätzt.

EMIL MAYER.

181) **Compaired. Ein Fall von multiplen Knötchen der Stimmbänder. (A case of multiple nodules of the vocal bands.)** *Memphis Medical Monthly. Juli 1899.*

Der Fall ist von Interesse wegen der Multiplicität der Knötchen, weil es sich um einen Baritonsänger handelte und schliesslich wegen der Toleranz des Stimmorgans, das dem Patienten trotz seines Leidens gestattete, seinem Berufe nachzukommen.

EMIL MAYER.

182) **von Branegoldt. Transplantation von Knorpel in den Larynx. (Transplantation of cartilage into the larynx.)** *Memphis Med. Monthly. Juli 1899.*

Bei einem Kinde, dem papillomatöse Geschwülste mittelst Laryngofissur und Kauter entfernt worden waren, kam es zur Stenose. Er wurde deshalb ein Stück Rippenknorpel mitsammt dem Perichondrium transplantirt und die Intubation gemacht. Der Erfolg war ein vollständiger.

EMIL MAYER.

183) **G. Martuscelli** (Neapel). **Noch eine Amyloidgeschwulst des Larynx. (Di un altro tumore amiloide della laringe.)** *Archiv. Ital. di Laringol. Naples. Januar 1897.*

Verf. hat bereits 2 Fälle dieser Art mitgetheilt (dieselbe Zeitschrift 1896).

Der jetzige Fall betrifft einen jungen Mann von 20 Jahren, der seit einigen Monaten an zunehmender Heiserkeit litt. Bei der Untersuchung constatirte Massei einen kleinen rothen Tumor, der etwas gestielt der Mitte des linken Stimmbandes aufsass. M. giebt genauen Bericht über den mikroskopischen Untersuchungsbefund.

JAMES DONELAN.

184) **Ephraim. Casuistische Mittheilungen.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. No. 5. 1899.*

Besonders hervorzuheheben ist ein Fall von bedrohlicher Anschwellung einer Kehlkopfgeschwulst durch Gravidität und Entbindung, ein lang gestieltes Sarcom des Kehlkopfes, regressiv veränderte adenoide Vegetationen bei einer 67jährigen Frau und das Auftreten von Blutungen aus dem Munde und Oedem der Uvula bei Scharlach.

SCHECH.

185) **Keimer. Carcinom nach Gumma des Kehlkopfes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 2. 1899.*

Mittheilung zweier Fälle, bei denen sich nach vorausgegangener Syphilis ein Carcinom entwickelte; ob hier ein Zufall vorliegt oder ein noch nicht genügend erforschter Zusammenhang muss unentschieden bleiben.

SCHECH.

186) **W. Scheppegrell. Behandlung des incipienten Kehlkopfkrebses. (The treatment of incipient laryngeal cancer.)** *N. Y. Med. News. 5. August 1899.*

Die totale Entfernung alles Erkrankten bietet allein Aussicht auf Erfolg.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

187) **Wölfler. Halbseitige Larynxexstirpation wegen Carcinom.** Verein deutsch. Aerzte in Prag, Sitzung vom 10. März 1899. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 37. 1899.*

W. macht diese Operation zweizeitig, indem er der Exstirpation die Tracheotomia inferior um einige Tage vorausschickt. Er bespricht die Vortheile einer halbseitigen Exstirpation gegenüber einer totalen, welche namentlich sind: das mögliche Weglassen der Canüle, das normale Schlingvermögen, die Erhaltung einer vernehmlichen Stimme u. A., was alles nach einer Totalexstirpation des Kehlkopfes nicht zu erwarten ist.

CHIARI.

188) **M. Wolkowitsch. Einige Angaben über einen Fall von vollständiger Entfernung des Kehlkopfes wegen Krebs. Dazu einige Bemerkungen über die Vergrösserung der Lymphdrüsen nach Krebsexstirpation. (Neskolko posledowatelnich dannich otnositelno slutschaja polnawo udalenija gortani wsledstwie raka jejo. K etomu sametki otnositelno ubdelitschenija sheles posle udalenija raka.)** *Letopis rus. Chirurg. 2. B. 1899.*

Der Operirte ist seit 2 Jahren gesund; er trägt einen Billroth'schen Kehlkopf. Die Drüsenvergrösserung nach Krebsoperationen hält W. häufig für eine complementäre Erscheinung, hervorgerufen durch die Entfernung von ganzen Drüsensystemen.

P. HELLAT.

189) **W. W. Keen. Zur Technik der Laryngectomie. (The technic of laryngectomy.)** *Philad. Med. Journal. 10. Juni 1899. Journal Amer. Med. Assoc. 10. Juni 1899.*

Die Tracheotomie soll unterbleiben; auf diese Weise wird auch eine der Ursachen der septischen Pneumonie ausgeschaltet. Die gesammte Operation wird in der Trendelenburg'schen Position ausgeführt. Die Gerster'sche Tamponcanüle ist die beste. Die Narkose wird zuerst durch den Mund, dann durch die Trachea unterhalten. — Der Patient bleibt nach der Operation noch einen Tag lang in der Trendelenburg'schen Position; am zweiten ist dies nicht mehr nöthig, am dritten kann er aufsitzen. 2 Tage lang werden Nährklystiere gegeben; dann erhält der Patient flüssige Nahrung in kleinen Mengen per os, danach steriles Wasser; am 10. Tage kann er feste Nahrung nehmen. EMIL MAYER.

190) **Rutsch** (Bern). **Die Kocher'schen Radicaloperationen des Larynxcarcinoms.** Berner Dissertation. 1899. *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 50. Bd. Heft 5 und 6. 1899.*

Es wird mit chirurgischem Recht postulirt, dass alle Kehlkopfcarcinome möglichst früh diagnosticirt und dann sogleich von aussen exstirpirt werden sollen. Es geht aus der Schrift hervor, dass die Prognose der Operation sich immer mehr bessert, theils in Folge früheren Erkennens, theils wegen verbesserter Operationsweisen.

Nach neueren Statistiken von Hansberg, Wassermann, Kraus, Sendziak und Schmiegelow ergeben sich für die 3 Hauptoperationsformen, drei Jahre lange Beobachtung nach der Operation angenommen:

für Thyrotomie . . . . 12,1 pCt. Radicalheilungen
„ partielle Resection . . . . . 13,7 „ „
„ Totalexstirpation des Larynx 8,9 „ „

Die Gesammtzahl der Fälle dieser Statistiken beträgt 309.

Aehnliches ergeben die neueren Veröffentlichungen von Mikulicz, Chiari und Garré.

Kocher hatte vor 1890 12,5 pCt. Todesfälle durch die Operation,
12,5 „ Radicalheilungen
und nach 1890 8,3 „ Todesfälle,
16,5 „ Radicalheilungen.

Einen guten Theil dieses Fortschritts schreibt Verf. der neuen Operationsweise Kocher's zu, Wegfall der Narkose und Tamponcanüle u. s. w.: Statt Trendelenburge'sche Schräglage mit Roser'scher Hängelage des Kopfes, blosse Localanästhesie durch 1pCt. Cocain-Injection in der Schnittlinie und Pinselung mit Cocain-Antipyrinlösung; einfache Thyreotomie ohne den üblichen Querschnitt unterhalb des Zungenbeins, Nachbehandlung bei gewöhnlicher Trachealcanüle, Jodoformgaze und Ernährung per os.

Die intralaryngeale Exstirpation sollte bei der Vereinfachung der äusserlichen Methode ganz wegfallen. Zur Zeit, wo jene in Betracht kommen konnte, wird man mit einer einfachen Thyreotomie viel besser und viel sicherer und mit nicht viel grösserer Gefahr zum Ziele kommen. Eine intralaryngeale Exstirpation kann ni-

mals sicher sein. Wenn sie schon einmal hochbewährten Händen gelungen ist, so darf man doch 10 mal mehr nicht ganz radical gelungene Versuche ebenso gewandter Hände annehmen, bei welchen dann leicht ein zweiter aber äusserlicher Eingriff erst zu einer Zeit unternommen werden dürfte, wo es schon für eine blosse Thyreotomie oder partielle Resection zu spät sein könnte.

JONQUIÈRE.

191) **Gregor** (Breslau). **Ein Fall von angeborener Missbildung der Luftröhre (circumscripte Verengerung mit Fehlen der Pars membranacea).** *Jahrb. f. Kinderheilk. 49. 1899.*

Bei einem 5 monatlichen Kind war wegen Stenose der oberen Luftwege die Tracheotomie gemacht worden, Exitus am anderen Morgen.

Die Section ergab: Länge der Trachea 48 cm, in der Höhe der obersten Ringknorpel und Bifurcation normale Weite, aber fast genau in der Mitte zeigte sich eine Verengerung, so dass die Figur einer Sanduhr zu Stande kam. In diesem Bezirke fehlte die Pars membranacea.

SEIFERT.

192) **H. v. Schrötter** (Wien). **Zur Kenntniss der Knochenneubildung in der Luftröhre.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 15. 1899.*

Nach Anführung der spärlichen Literaturangaben über diese seltene Erkrankung beschreibt v. Sch. einen Fall von klinisch diagnosticirten Exostosen und Ecchondrosen der Trachea. Dem hinteren Theile der rechten Wand sass ungefähr in der Höhe des achten Trachealringes ein weisser, durchleuchtbarer, über erbsengrosser Tumor auf, während links im untersten Theile der Trachea zwischen und entsprechend den Ringen sitzende Höckerchen und Knötchen wahrzunehmen waren. In einigen Sitzungen wurden mit der scharfen Schrötter'schen Pincette Theile dieser Tumoren entfernt, die histologisch als Exostosen und Ecchondrosen bestätigt wurden. Es war zur Bildung eines förmlichen knöchernen Gehäuses gekommen, dessen Räume von Fettmark erfüllt waren. — Einige Partien in den Präparaten sprechen für die Histogenese der Knochenhöcker aus Knorpelwucherungen andere aber auch für neoplastische Knochenbildung.

CHIARI

193) **A. Sicard. Tiefe tracheale Analgesie bei Tabikern. (Analgésie trachéale profonde chez les tabétiques.)** *Société médicale des Hôpitaux. 17. Februar 1899.*

Bei Gesunden verursacht die Percussion oder Compression der Trachea unterhalb des Ringknorpels eine besondere Angstempfindung, die sich bis zur Syncope steigern kann.

Bei gewissen Krankheiten des Nervensystems (Tabes, allgemeine Lähmung, Hysterie) fehlt dieses ängstliche Gefühl bei Druck. Dieses Faktum steht im Einklang mit anderen Erscheinungen von visceraler Analgesie, die bei Tabes constatirt worden sind.

PAUL RAUGÉ.

194) **A. Fraenkel. Tracheales Schlagen. (Tracheal tugging.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 1. Juli 1899.*

Man fasst die Kehlkopfknorpel zwischen den ersten und zweiten Finger und

übt einen leichten Druck von unten nach oben bei möglichst weit nach hinten übergebeugtem Kopfe aus. Man fühlt dabei, wenn ein Aneurysma des Aortenbogens besteht, ein pulsationsähnliches Schlagen, das nach unten hin dringt. Das Zeichen, das freilich nicht in allen Fällen zu constatiren ist, spricht fast sicher für Aneurysma.

EMIL MAYER.

195) **Preindlsberger** (Serajevo). **Ein Fall von Trachealstenose durch ein Aortenaneurysma. Tracheotomie. Exitus ein Jahr später.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 23. 1899.*

Tiefe Tracheotomie, nach Einlegen der Canüle keine Erleichterung in der Athmung — Anfertigung einer eigens für diesen Fall construirten Canüle. — Die ein Jahr später vorgenommene Obduction ergab das Vorhandensein eines Dehnungsaneurysmas, hervorgerufen durch hochgradige Arteriosclerose, welches die Trachea in ihrem untersten Antheile comprimirte, weswegen eben nur eine eigens lange und weiche Canüle Erleichterung bringen konnte.

CHIARI.

196) **Schulz** (Berlin). **Zur Behandlung der Trachealstenosen.** *Berliner klinische Wochenschr. 29. 1899.*

Der 18jährige Pat. war im 4. Lebensjahre wegen Diphtherie tracheotomirt worden. Mit 15 Jahren stellten sich Stenosenerscheinungen ein und lautes Schnarchen im Schlaf (durch Parese der Postici in Folge von CO_2-Intoxication, wie Verf. vermuthet). Bei der Aufnahme in die Gerhardt'sche Klinik wird als Ursache der Athmungsstörungen eine Stenose der Trachea in der Höhe des fünften Knorpelringes erkannt. Verschlimmerung des Leidens in Folge eines acuten Catarrhs und Anschwellung der Schilddrüse. Verf. beginnt die Behandlung mit Einführung von Gummibougies, die er später durch biegsame Röhren aus spiralig gewundenem Neusilberbande ersetzt. Der Erfolg ist sehr befriedigend: Athemmangel kaum bemerkbar, Schnarchen nahezu völlig verschwunden.

ZARNIKO.

197) **Ch. Lévi. Sarcomatöser Tumor der Trachea und sarcomatöse Degeneration der Mandel. (Tumeur sarcomateuse de la trachée. Dégénérescence sarcomateuse de l'amygdale.)** *Société anatomique de Paris. April 1897.*

Weisser, nicht erweichter Tumor, der drei Viertel vom Umfang der Trachea einnimmt und bei der histologischen Untersuchung als Sarcom sich erweist. Die linke Mandel bietet Degenerationserscheinungen derselben Art dar. Der Kranke starb plötzlich an Dyspnoe, ohne Erscheinungen von Seiten des Larynx.

PAUL RAUGÉ.

198) **G. Aue. Plastischer Verschluss der Trachealdefecte. (Plastitscheskoe sakritie defektow trachei.)** *Letopis rusk. Chirurg. 3. B. 1899.*

Mittheilung eines Falles, in welchem Sklifasowski bei einem 14jährigen Knaben, der 11 Jahre die Canüle trug, den Defect in der Cartil. cricoidea und den 5 obersten Trachealringen vermittelst eines Hautknochenlappens aus der Sternalgegend mit Erfolg verschloss. Der Knochen wurde von beiden Seiten zunächst in die Haut eingenäht und dann dieser Lappen in den Trachealdefect im-

plantirt. Der Larynx musste für die Athmung durch Schrötter'sche Sonden frei gemacht werden. P. HELLAT.

199) **W. S. Jones** und **W. W. Keen. Zwei ungewöhnliche Fälle von Luftröhren-Chirurgie. (Surgery of the trachea Two unusual cases.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 10. Juni 1899. Philad. Med. Journal. 10. Juni 1899.*

Fall 1. Selbstmordversuch durch Halsdurchschneidung gefolgt von vollständigem Verschluss der Trachea durch ein Diaphragma oberhalb der Canüle, seit 13 Monaten bestehend. Athmung durch den Larynx und Sprechen völlig unmöglich. Durchtrennung des Diaphragma und Naht der Trachea stellen die normale Athmung und Stimme wieder her.

Fall 2. Strictur der Trachea, erfolgreich operirt durch Längsspaltung der Trachea, Excision der Strictur nach Zurückpräparirung der Schleimhaut und unmittelbare Vernähung der Wunde, die per primam heilt. EMIL MAYER.

200) **Holzknecht** (Wien). **Bronchialstenose.** K. k. Gesellschaft der Aerzte, Sitzung vom 9. Juni 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1899.*

Demonstration einer rechtsseitigen Bronchialstenose mit radioskopisch sichtbarer, hochgradiger inspiratorischer Dislocation des Herzens und der grossen Gefässe in die kranke Thoraxhälfte. CHIARI.

f. Schilddrüse.

201) **Moussu. Einfluss der Schilddrüse auf das Wachsthum. (Influence du corps thyroide sur la croissance.)** *Société de Biologie. 25. März 1899.*

Man weiss, dass die Abtragung der Schilddrüse beim Thiere das Wachsthum zurückhält und Cretinismus erzeugt. M. hat nun im umgekehrten Sinne experimentirt. Er fütterte junge Thiere regelmässig mit Schilddrüse und beobachtete danach bei Hunden und Katzen ein schnelleres Wachsthum, als es Vergleichsthiere zeigten, die von demselben Gewicht waren und bis auf die Schilddrüsenzufuhr unter denselben Bedingungen gehalten wurden. Die Grössenzunahme der Versuchsthiere machte sich besonders in der Länge geltend; die jungen Hunde bekamen den Typus des Windspiels. Die Thiere wurden cachectisch, wenn die gereichte Dosis auf 10 g stieg. PAUL RAUGÉ.

202) **J. A Anderson** u. **Bergman** (Stockholm). **Ueber den Einfluss der Schilddrüsenfütterung auf den Stoffwechsel des gesunden Menschen.** *Skandin. Arch. f. Physiol. VIII. S. 326—346. 1898.*

Die Arbeit ist rein experimentell-physiologischer Natur. SCHMIEGELOW.

203) **Gley** (Paris). **Ueber Parathyroiddrüsen. (Sur les glandules parathyroides.)** *Comptes rendus du XII. Congrès intern. Vol. II.*

G. glaubt, dass die Function der Parathyroiddrüsen dieselbe sei, wie die der Thyroidea selbst. Er fand in den ersteren noch mehr Jod als in der letzteren. P. HELLAT.

204) **Moussu. Therapeutische Wirkung der Nebenschilddrüsen. (Action thérapeutique des glandules parathyroides.)** *Société de Biologie. 25. März 1899.*

M. erprobte in Gemeinschaft mit Charrin die Wirkung der Nebenschilddrüsen in einem Falle von Myxödem und in einem Falle von Basedow'scher Krankheit. In ersterem war der Effect kein befriedigender. Im zweiten schienen die Resultate günstig, obgleich es sich um ein tuberculöses Individuum handelte. Gegeben wurden 8 Nebenschilddrüsen vom Pferde pro Tag, 40 Tage lang mit einigen Tagen Pause.

PAUL RAUGÉ.

205) **Leon Mabille. Arsenic als Corrigens für die Thyroid-Medication. (Arsenic as a corrigent of thyreoid medication.)** *N. Y. Med. Journal. 27. Mai 1899.*

M. fand, dass Fowler'sche Lösung, in einer Menge von 5—15 Tropfen täglich gegeben, die Tachycardie, die nervösen Störungen und die Gewichtsabnahmen, welche bei Schilddrüsenmedication leicht eintreten, zu verhüten im Stande ist.

LEFFERTS.

206) **G. Kapsamer. Cystenkropf, ausgehend von einem papillären Cystadenom einer Nebenschilddrüse.** Aus der I. chirurg. Universitätsklinik in Wien. *Wien. klin. Wochenschr. No. 17. 1899.*

Der Titel besagt den Inhalt der Publication dieses seltenen Vorkommnisses.

CHIARI.

207) **F. Kraus** (Graz). **Ueber das Kropfherz.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 15. 1899.*

Wird auf das Original verwiesen.

CHIARI.

208) **Chas. Greene Cumston. Sarcom der Schilddrüse. (Sarcoma of the thyroid gland.)** *Philad. Monthly Med. Journal. Mai 1899.*

Bericht über einen mit gutem Resultat operirten Fall. Ein sarcomatöser Herd wurde im unteren Theil der Drüse gefunden. Frühere Erkennung dieser Krankheit müsste ihre Mortalität stark herabsetzen.

EMIL MAYER.

209) **C. Ewald** (Berlin). **Die physiologische Pathologie des Myxoedems.** *Compt. rendus du XII. Congrès intern. Bd. II. Sect. III.*

E. nimmt an, dass die Thyreoidea eine fermentartige Substanz liefert, die den Stoffwechsel direct oder indirect durch Vermittelung des Nervensystems regelt. Das Myxödem ist folglich ein durch den Ausfall dieser Substanz entstandener pathologischer Zustand, der in einer Schädigung des Stoffwechsels besteht.

P. HELLAT.

210) **E. Gley** (Paris). **Die pathologische Physiologie des Myxoedems. (Physiologie pathologique du myxoedème.)** *Comptes rendus du XII. Congrès intern. Bd. II. Sect. III.*

G. vertritt denselben Standpunkt (vergl. das vorh. Ref.): seine Arbeit ist für ein kurzes Referat nicht geeignet.

P. HELLAT.

211) **R. Kirk. Acute Affectionen der Haut und der Schleimhaut des Mundes im Frühstadium des Myxoedems. (On acute affections of the skin and mucous membrane of the mouth in an early stage of myxoedema.)** *Lancet. 4. März 1899.*

2 Krankengeschichten. Eine Frau von 35 Jahren, die K. im Jahre 93 zuerst sah. Pharynx und Uvula waren stark geschwollen. Nach Thyroidanwendung Besserung. Auch die Hände zeigten Anschwellung. Beim zweiten Patienten war nur die Haut afficirt, der Hals war frei. ADOLPH BRONNER.

g. Oesophagus.

212) **Michel Gangolphe** (Lyon). **Gebiss im thoracalen Abschnitt des Oesophagus eingekeilt. Tracheo-Oesophagealfistel. Aeussere Oesophagotomie. Heilung. (Dentier implanté dans la portion thoracique de l'oesophage. Fistule trachéo-oesophagienne. Oesophagotomie externe. Guérison.)** *Province méd. 26. November 1898.*

Da der Fremdkörper Erstickungsanfälle verursachte, wurde von 4 Aerzten hinter einander versucht, das Gebiss in den Magen herabzustossen. Nach einigen Tagen stellten sich jedesmal beim Schlucken Hustenanfälle mit Expectoration von Nahrungstheilen ein. G. schliesst daraus auf das Bestehen einer Luftröhren-Speiseröhren-Fistel.

Nachdem durch Radiogramm die Anwesenheit des Gebisses 25 cm hinter der Zahnreihe festgestellt war, wurde die Oesophagotomia externa möglichst tief gemacht und nach mehrfachen Bemühungen das Gebiss mittelst der Zange glücklich extrahirt. Der Kranke verliess die Anstalt nach kurzem geheilt; von der Fistel war kein Zeichen mehr vorhanden.

Der Verf. weist darauf hin, dass sein Fall vielleicht der einzige ist, bei dem eine Tracheo-Oesophagealfistel nicht zum Tode führte. Auch macht er auf das Irrationelle der anfänglichen Behandlung aufmerksam. Fremdkörper von der Art eines Gebisses sollen nicht herunter gestossen, sondern extrahirt werden und dazu ist das Messer dienlicher, als das gefährliche Graefe'sche Instrument.

PAUL RAUGÉ.

213) **A. Trifiletti** (Neapel). **Ein Fall von syphilitischer Oesophagusstenose. (Sopra un caso di stenosi esofagea sifilitica.)** *Archiv. Ital. di Laringologia. Januar 1897.*

T. giebt eine ausführliche Literaturübersicht. Sein eigener Fall betrifft einen 28jährigen Mann, dessen Anamnese nichts von venerischer Erkrankung angiebt, als eine Balanitis im 17. Lebensjahre. Mit 18 Jahren heirathete der Patient und seine Frau blieb anscheinend gesund, bis sie im vergangenen Jahre einen Gummiknoten am rechten Femur bekam, der abscedirte und spontan aufbrach. Die Untersuchung des Mannes ergab eine complete Verwachsung zwischen Gaumensegel und und hinterer Rachenwand. Massei eröffnete mittelst des Galvanokauters die Passage des Nasenrachens und es fand sich nun, dass noch eine

zweite Stenose im oberen Ende des Oesophagus bestand. Dieselbe liess eine gewöhnliche Sonde nicht durch. Es wurde eine Colin-Verneuil'sche Sonde eingeführt und unter gleichzeitiger antiseptischer Behandlung bis No. 3 dilatirt.

JAMES DONELAN.

214) **Ino H. Larkin. Geschwülste der Speiseröhre. (Tumours of the oesophagus.)** *N. Y. Med. Record. 25. Februar 1899.*

3 Fälle von Epitheliom des Oesophagus.

LEFFERTS.

215) **Herbert A. Bruce. Maligne Erkrankung des Oesophagus. (Malignant disease of the oesophagus.)** *Canadian Practitioner and Review. Febr. 1899.*

36jährige Frau, die 9 Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome starb. Die Section und die mikroskopische Untersuchung ergaben ein glanduläres Carcinom, das in den Schleimdrüsen der Speiseröhre seinen Ursprung hatte.

EMIL MAYER.

216) **Joseph Mc Farland. Tod durch Lungengangrän bei einem Falle von Oesophaguscarcinom mit Perforation in den rechten Bronchus. (Gangrene of the lung and death; carcinoma of the oesophagus with perforation of the right bronchus.)** *Proceedings of the Pathological Society of Philad. Februar 1899.*

Demonstration der Präparate.

EMIL MAYER.

217) **J. G. Finley** und **D. P. Anderson. Carcinom der Speiseröhre mit tödtlicher Blutung aus der Art. subclavia. (Carcinoma of the oesophagus with fatal hemorrhage from the subclavian artery.)** *Montreal Medical Journal. Februar 1899.*

Der Patient hatte complete Lähmung des linken Stimmbandes und verringerte Adduction des rechten gezeigt. Die Autopsie ergab eine gangränöse Lungencaverne, in die hinein die Arterie rupturirt war.

EMIL MAYER.

218) **J. Holinger. Oesophaguscarcinom und Leptothrix. (Esophageal carcinoma and leptothrix.)** *Chicago Med. Recorder. Mai 1899.*

Vorstellung eines Patienten.

EMIL MAYER.

219) **J. W. Elliot. Fälle von Fremdkörper im Oesophagus durch X-Strahlen localisirt. (Cases of foreign body located in the esophagus by x ray photographs.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 6. April 1899.*

In Fall 1 wurde eine Münze mittelst Radiogramm localisirt und durch Operation von aussen entfernt; der Pat. genas.

In Fall 2 wurde ein kleines Pfeifchen durch X-Strahlen im Oesophagus festgestellt. Nach vorsichtiger Sondirung ergab das Radiogramm, dass das Pfeifchen jetzt im Magen lag. Nach 6 Tagen, in denen täglich untersucht wurde, war der Fremdkörper verschwunden. Verf. nimmt an, dass er aufgelöst wurde.

EMIL MAYER.

220) **Morestin. Spontane Ausstossung eines verschluckten Gebisses mit dem Stuhl. (Expulsion spontanée par l'anus d'un ratelier degluté.)** *Soc. anatom. Paris. 24. März 1899.*

34jähriger Mann verschluckte das Gebiss im Schlafe. Die Radiographie er-

gab kein Resultat. Man entschloss sich, vorläufig den weiteren Verlauf abzuwarten und fand den Fremdkörper nach $4^1/_2$ Tagen im Stuhlgang wieder.

PAUL RAUGÉ.

221) **Lejars** (Paris). **Gastrotomie wegen Fremdkörper im Oesophagus. (Gastrotomie pour corps étranger de l'oesophage.)** *Académie de Méd. 10. Januar 1899.*

Junges Mädchen hatte in einem Anfall von Delirien eine ganze Reihe Sousstücke verschluckt. Das Radiogramm zeigt einen Haufen derselben im unteren Theil der Speiseröhre liegend. Es wird die Gastrotomie gemacht und dann eine Sonde von unten nach oben in die Speiseröhre eingeführt. Auf diese Weise werden fünf 10 Centimesstücke und ein 5 Centimesstück in den Magen gebracht und von da entfernt. Die andern Münzen — es waren im ganzen 18 Stück — gingen mit dem Stuhl ab.

PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. Februar 1899.

Petersen stellt einen Pat. mit hereditärer Lues vor, bei dem neben ausgedehnten Destructionen in der Nase und specifischen Narben am Rachen ein Defect des rechten Taschenbandes und im linken ein ovaler ca. 0,5 cm langer und 2 bis 3 mm breiter lochförmiger Defect zu sehen ist. Das Loch zeigt keine Communication mit dem Sin. pyriform. oder dem Ventricul. Morg.

A. Rosenberg bezweifelt die specifische Ursache dieses Defectes; seine Aehnlichkeit mit den angeborenen Löchern in den Gaumenbögen, vor allem aber das Fehlen jeder Narbe am Rande und in der Nähe des Loches legen ihm die Vermuthung eines angeborenen Defectes auf.

Herzfeld giebt diese Möglichkeit zu, wiewohl das gleichzeitige Vorhandensein specifischer Narben auf der anderen Seite des Kehlkopfes ihm die Entstehung aus syphilitischer Ursache wahrscheinlich macht.

Alexander: Das Protargol in der rhino-laryngologischen Praxis.

A. erzielte mit diesem Mittel Erfolge bei:

1. chronischem Rachencatarrh und zwar bei den zwischen hypertrophischen und atrophischen Processen stehenden Uebergangsformen sowie bei gleichzeitigem Ergriffensein der Nase, des Nasenrachens und des Kehlkopfes. Es wird dabei der Pharynx mit 1 proc. wässriger Lösung gepinselt, in den Larynx $^1/_2$ proc. Lösung

eingespritzt und für die Nase 1 proc. Lösung mit 10—25 pCt. Glycerin mittelst Sprays angewendet;

2. uncomplicirten Eiterungen der Schleimhaut einer Nebenhöhle, sofern das Medicament wirklich mit der Schleimhaut in Berührung kommen kann; hier ist es von hervorragender Bedeutung. Nach Reinigung der Höhle mit sterilem Wasser werden durch dieselbe 50 ccm einer 5proc. wässrigen Protargollösung durchgespritzt;

3. bei Coryza vasomotoria und dem ihr verwandten Heuschnupfen; Massage der Nasenschleimhaut mit 1—5 proc. Protargollösung. Hier beseitigt das Mittel bisweilen die Coryza, wenn alle anderen Heilungsmethoden versagen. Wenn es hier überhaupt seine Wirkung entfaltet, so ist dies meist bereits nach 3—4 Sitzungen der Fall. (Discussion wird vertagt.)

Scheier: Zur Section des Nasenrachenraums.

Hautschnitt etwas unterhalb des Kinnes beginnend in der Medianlinie bis zur Symphyse u. s. w.; wie sonst üblich Eröffnung des Mundbodens dicht hinter dem Unterkiefer in der Mitte, Durchtrennung der zur Zunge gehenden Musculatur, indem man sich mit dem Messer immer dicht an der Innenseite des Unterkiefers hält bis zum Winkel desselben beiderseits. Darauf Herunterziehen der Zunge unterhalb des Kinns.

Nun geht man, indem man durch Herunterlegen eines Klotzes unter den Nacken den Kopf der Leiche stark nach hinten beugt, mittelst eines frontalen Schnittes zwischen hartem und weichem Gaumen dicht am Knochen in die Nasenhöhle hinein bis auf die Schädelbasis und seitlich bis an die medianen Lamellen der Keilbeinflügelfortsätze. Hierdurch wird der hintere Theil der Nasenhöhle, also die eigentlichen Choanen von deren vorderem Theil abgetrennt. Hierauf Abtrennung der hinteren Pharynxwand von der Wirbelsäule, indem man die Halsorgane nach vorne zieht soweit, bis man auf die Fibrocartilago basilaris kommt. Mittelst eines Knorpelmessers Loslösung des Rachendaches erst auf der einen, dann auf der anderen Seite.

Am herausgenommenen Präparate kann man nunmehr von vorne her durch die Choanen den ganzen Nasenrachenraum mit Pharynxtonsille u. s. w. besichtigen. Den knorpligen Theil der Tube bekommt man fast zum grössten Theil am Präparat mit heraus.

Benda: Ueber die Structur der Flimmerzellen.

Die Untersuchung der Flimmerzellen an Mollusken, der Pharynxschleimhaut des Frosches und den Nasenpolypen eines Menschen haben B. gezeigt, dass die Flimmerhaare der letzteren mit reihenförmig angeordneten durch feine Fäden, analog den Stäbchen bei den Mollusken, mit einander verbundenen Körnchen stehen, die vom Saum der Flimmerhaare in den Zellleib hineingehen; Körnchen und Fäden zeigen dieselbe Zusammensetzung (chondriogen).

Das motorische Element dieser beweglichen Zellen ist nach ihm dieser körnige aus dem Protoplasma der Zelle stammende Bestandtheil. Die Flimmerhaare

selbst sind nicht contractil; vielmehr werden sie von innenher durch das kinetische Element der Körnchen zum Flimmern gebracht.

Sitzung vom 17. März 1899.

Herzfeld stellt eine Patientin mit einer doppelten Perforation der Nasenscheidewand in Folge von Syphilis vor.

Discussion über den Vortrag Alexander's: Das Protargol in der rhino-laryngologischen Praxis.

Herzfeld verwendete $1/2$—1 proc. Lösungen zu Spülungen oder in Tampons bei Ozaena, ohne eine besondere Heilkraft dieses Mittels zu beobachten.

Flatau sieht in der geringeren Intensität der Reaction nach intralaryngealen Einspritzungen von Protargollösungen eher einen Nachtheil und glaubt, dass die wunderbare Wirkung des Mittels bei Reflexneurosen eine psychische ist.

Alexander hat bei Ozaena ebenfalls keine besonderen Erfolge gesehen, dagegen wurden mehrere Fälle von Coryza vasomotoria sehr günstig beeinflusst.

Brühl: Die anatomischen Darstellungsweisen der Nebenhöhlen der Nase.

In Vergleichung mit den anatomischen Darstellungsweisen des knöchernen Labyrinths bespricht der Vortragende die Präparations- und Corrosionsmethoden der Nebenhöhlen. Zweckmässiger und einfacher erscheinen ihm die von ihm im Jahre 1896 aus Wien veröffentlichten Methoden der Quecksilberinjection zunächst des Labyrints, später auch der Nebenhöhlen; der Knochen wird entkalkt und durchsichtig gemacht. Zur Darstellung der Hohlräume in Ohr und Nase bedarf es keiner weiteren Vorbereitung als Füllung derselben mit Quecksilber, um mittelst der Röntgenphotographie Uebersichtsbilder zu erhalten.

Vortragender hat bereits im October 1896 derartige Bilder des Gehörorgans in Wien demonstrirt (früher als Guilloz, Revue hebdom. de Laryng. 1899). B. erläutert seinen Vortrag durch Demonstration von Corrosions-, Quecksilberinjectionspräparaten und Radiogrammen von Ohr und Nase. A. Rosenberg.

---

b) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 6. Januar 1899.

Vorsitzender: Mr. Butlin.

St. Clair Thomson: Chronische noduläre Laryngitis bei einem 15jährigen Knaben.

Redner zeigt einen typischen Fall von nodulärer Laryngitis in der Kindheit, wie sie Moure (Bordeaux) beschrieben hat. Nur fehlt seinem Falle jedes Zeichen

von Stimmanstrengung oder -missbrauch. Die Heiserkeit scheint sich zurückzuschreiben auf einen Croupanfall in früher Jugend. Man sieht eine rundliche Verdickung auf der oberen Fläche des Stimmbandes an der Vereinigung des vorderen und mittleren Drittels desselben. Mit localen Applicationen wurde keine Besserung erzielt; Redner hat deshalb jetzt volle Stimmenthaltung angeordnet.

F. de Havilland Hall glaubt, dass es sich im vorgestellten Falle um eine chronische Laryngitis infolge von Nasenverstopfung handelt.

St. Clair Thomson: Zwei Fälle von chronischer Laryngitis mit genauer Begrenzung auf das rechte Stimmband, wahrscheinlich tuberculösen Charakters.

Redner stellt 2 Patienten vor, eine junge Frau, die seit über 1 Jahr heiser ist, und einen Mann, der seit 9 Monaten heiser ist. Bei beiden sind tuberculöse Erscheinungen auf den Lungen nicht nachweisbar. Beide zeigen ein röthliches, fleischartiges Aussehen des rechten Stimmbandes mit Granulationen, die aus dem Morgagni'schen Ventrikel hervorzugehen scheinen, also ein Bild, wie es Horne bei seinen histologischen Untersuchungen über die Frühstadien der Kehlkopftuberculose beschrieben hat.

F. de Havilland Hall hält das Bild in dem einen der Fälle für charakteristisch für Tuberculose.

Clifford Beale bestätigt, dass die Beschränkung einer derartigen Affection auf eine Seite stets sehr gravirend für Larynxtuberculose ist.

Tilley entsinnt sich ebenfalls eines Falles von offenbarer Tuberculose, bei dem nur ein Stimmband congestionirt und granulirt war.

St. Clair Thomson meint, dass die Einseitigkeit der Affection bei dem Fehlen von Syphilis oder Neubildung, zugleich mit dem negativen Erfolg der vorgeschriebenen und durchgeführten Ruhe die Diagnose auf einfache Laryngitis ausschliesst.

Sir Felix Semon hat die diagnostische Bedeutung der auf ein Stimmband beschränkten Congestion stets betont; doch will er auf dieses Symptom allein eine bestimmte Diagnose nicht gründen. Nicht nur bleibt die Entscheidung zwischen Tuberculose, Syphilis und maligner Neubildung bei einseitiger Congestion offen, sondern Redner entsinnt sich auch einer zwar kleinen, aber zweifellos vorhandenen Anzahl von Fällen, bei denen solcher isolirten Congestion später keine ernstere Entwicklung folgte. Er betrachtet die einseitige Congestion als ein Warnsignal.

Scanes Spicer: Ein Fall von chronischem Empyem der Highmorshöhle geheilt durch Radicaloperation

In dem vorgestellten Falle hat eine Fistel mit Ausfluss seit 8 Jahren bestanden. Bei der Untersuchung ergab sich ein Defect in der knöchernen Vorderwand des Antrum und beim Incidiren der Weichtheile fand man die Höhle erfüllt von käsigem Eiter und polypoïdem Gewebe. Das Antrum wurde curettirt und die Wand nach der Nasenhöhle, welche ebenfalls defect war, breit perforirt. 3 Wochen lang wurden Irrigationen gemacht; jetzt ist der Fötor und die Eitersecretion beseitigt.

Scanes Spicer: Demonstration von nekrotisirtem Knochen, Polypen und Gewebstrümmern, die von einem Falle von chronischem Empyem der Highmorshöhle stammen, der durch Radicaloperation in 8 Wochen geheilt wurde.

Die Präparate sind interessant wegen der grossen Massenhaftigkeit des polypoiden Gewebes. Dieselbe lässt erkennen, dass mit der blossen Drainage in solchen Fällen nicht auszukommen ist.

Barclay Baron: Weiterer Bericht über den in der November-Sitzung vorgestellten Fall von Sarcom der Nase.

Die Commission zur Untersuchung von Neubildungen hat festgestellt, dass der Tumor ein alveoläres Sarcom ist. Die Geschwulst ist seitdem sehr rasch gewachsen und drängte das Auge nach aussen vor. Charters Symonds, der den Fall übernahm, hat gefunden, dass die Dura mater an einer Stelle blosgelegt war; es beweist dies, dass das Ausschaben von den Nasenwegen aus mit Gefahren verbunden gewesen wäre.

Charters Symonds constatirte eine elastische Geschwulst am innern Augenwinkel, durch die der Augapfel nach oben und aussen displacirt war. Die Geschwulst wurde entfernt nach freier Eröffnung der Nasenhöhle mit Schnittführung durch den Nasenfortsatz des Oberkiefers, den Boden der Orbita und die Vorderwand des Oberkiefers. Die Neubildung hatte das Thränenbein und einen Theil des Siebbeins zerstört. Die Dura mater lag in der Siebbeingegend blos und es war kein Zweifel, dass die Neubildung in der Schleimhaut dieser Partie ihren Ursprung genommen hatte. Die Highmorshöhle war nicht ergriffen. Die gesunden Gewebe rund um die Neubildung wurden in grösserer Ausdehnung mittelst der Scheere abgetragen. Die Geschwulst zeigte durchgehends den Charakter des alveolären Sarcoms. Die Heilung erfolgte rasch und ohne Störung; die Entstellung ist nur gering.

Wyatt Wingrave: Lupus der Nase.

Vorstellung eines Falles von ausgebreitetem Lupus des Naseninnern, der immer von neuem Behandlung erfordert.

Herbert Tilley: Tuberculöse Laryngitis bei einem Zwerg.

Das Interesse des Falles liegt in den kleinen Proportionen der Patientin. Dieselbe ist 38 Zoll gross, ihre Stimmbänder etwa 15 mm lang.

Sir Felix Semon: Zwei Fälle von Epitheliom und 1 Fall von Sarcom des Larynx, mittelst Tracheotomie behandelt und jetzt $2^1/_2$ Jahre, $1^1/_2$ Jahre resp. 6 Monate nach der Operation recidivfrei.

Fall I.: 47jähriger Arzt (vergl. Lancet 16. October 1897), der im Juni 95 eine leichte Heiserkeit bemerkte. Im November 95 wurde eine kleine weissliche gestielte Neubildung in der Mitte des linken Stimmbandes constatirt; das Stimmband selbst war congestionirt, die Beweglichkeit gut. Mai 96 war die Stimme

schlechter, das Stimmband allgemein verdickt, ohne distincten Tumor, in seiner Bewegung frei. Sonst keine Symptome.

Juli 96: Thyrotomie. Es fand sich das linke Stimmband in seiner ganzen Länge ergriffen. Dasselbe wurde mit einem grossen Theil des umgebenden gesunden Gewebes excidirt. Die Heilung verlief schnell, der Patient nahm innerhalb Monatsfrist seine Thätigkeit wieder auf. Shattock, der das excidirte Stück untersuchte, constatirte ein typisches squamöses Carcinom in frühem Stadium. Bisher ist kein Recidiv eingetreten. Die Narbe bildet einen stimmbandartigen Kamm, die Stimme ist ziemlich gut.

Fall II.: 57 jähriger Seeofficier, über Heiserkeit klagend. Die vorderen zwei Drittel beider Stimmbänder sind stark verdickt und congestionirt, mit unregelmässiger Oberfläche. Ein hervorstehendes kleines Stück ist exstirpirt und von Shattock untersucht worden; derselbe stellte die Diagnose auf squamöses Carcinom von verhorntem, weniger malignen Typus. Im Mai wurden beide Stimmbänder ausgiebig abgetragen. Die Reconvalescenz verlief ungestört; der Patient befindet sich jetzt ausgezeichnet, nur ist seine Stimme auf ein Flüstern reducirt.

Fall III.: Zunehmende Heiserkeit bei einem Manne von nahezu 70 Jahren, bedingt durch das Vorhandensein einer unregelmässig warzigen breitbasigen Geschwulst, die den grössten Theil des congestionirten rechten Stimmbandes einnahm. Dasselbe bewegte sich fast ganz frei. Shattock stellte auf Grund der mikroskopischen Diagnose eines exstirpirten Probestückchens die Diagnose auf Sarcom. Nach der Thyrotomie, bei der zur Durchtrennung des verknöcherten Schildknorpels die Säge erforderlich war, wurde die Neubildung und der vordere Theil des rechten Stimmbandes in grosser Ausgiebigkeit abgetragen; der Rest des Stimmbandes wurde an das Taschenband genäht. Die Wunde wurde sofort geschlossen. Bisher ist der Patient recidivfrei, seine Stimme ist nahezu normal.

Auf eine Frage von Spencer antwortet Semon, dass er stets Jodoform in die Wundflächen einreibt, dass er den Schildknorpel mit Catgut und Silberdraht vernäht und dass er jetzt die Wunde unmittelbar in ihrer ganzen Länge vernäht, indem er die Schwammcanüle sofort entfernt und nur ein einfaches Drainrohr im untersten Theile liegen lässt. Er ist freilich geneigt zu glauben, dass Temperatursteigerungen weniger häufig sind, wenn der untere Theil der Wunde in grösserem Umfange offen bleibt.

Das Auftreten von Wucherungen in der vorderen Commissur ist eher auf Granulationsmassen verdächtig, als auf ein Recidiv der Neubildung.

Prof. Chiari hat jüngst dargethan, dass der Gedanke, den Larynx während der Operation mit Cocain auszupinseln, von Billroth stammt und nicht vom Redner, wie er selbst geglaubt hat.

Milligan: Demonstration von Präparaten.

Redner demonstrirt ein Lymphangiom des Stimmbands, ein Kehlkopfpapillom, ein Fibrosarcom des Nasenrachenraums und eine grosse Exostose der Highmorshöhle.

Jobson Horne: Multiple und diffuse Larynxpapillome.

22jährige weibliche Patientin, die über einen seit 18 Monaten andauernden Stimmwechsel klagt. In letzter Zeit ist auch Dyspnoe aufgetreten. Man constatirte im Kehlkopf vorn ein grosses subchordales Papillom, ausserdem diffuse Papillome an den Stimmbändern. Nach Entfernung des ersteren sind die Beschwerden beseitigt.

Bronner: Ein tubuläres Epitheliom der Nase.

Die Geschwulst, die erst erbsengross war, wurde mit dem umgebenden Gewebe von dem vorderen Theile der unteren Muschel bei einem 47jährigen Manne entfernt. Ein Recidiv ist nicht eingetreten.

Butlin hält die diagnostische Entscheidung zwischen Adenom und Carcinom in diesem Falle für sehr schwierig.

Lake: Rechtsseitige Recurrenslähmung mit Parese des Trapezius, Sternocleidomastoideus und des Gaumens, ferner mit leichter Ptosis und Facialislähmung derselben Seite.

36jähriger Mann, hat vor 11 Jahren einen Schlag über das rechte Auge erhalten und danach an (Jackson'scher?) Epilepsie gelitten. Syphilis nicht nachweisbar. Seit 3 Wochen besteht Husten nnd Verlust der Stimme und Pat. bemerkt, dass die Nahrung nicht den richtigen Weg geht. L. constatirte die in der Ueberschrift erwähnten Symptome, ausserdem Erweiterung der linken Pupille, die nur wenig auf Accomodation, auf Licht gar nicht reagirt; ferner leichte rechtsseitige Ptosis und Schwäche der rechten Lippenmuskeln; kein Romberg'sches Symptom. Der Pat. steht zur Zeit unter einer antisyphilitischen Behandlung. Seine Dysphagie hat sich verschlechtert; die Stimme ist nahezu normal.

C. A. Parker: Geschwulst des linken Stimmbandes bei einem 32jährigen Manne.

Heiserkeit seit 5 Monaten. Als Red. den Pat. im October sah, hatte derselbe eine umfangreiche Geschwulst am vorderen Theil des linken Stimmbandes. Ein Theil derselben wurde zu diagnostischen Zwecken entfernt, das klinische und mikroskopische Bild desselben sprach für Papillom. Seither hat sich die Geschwulst vergrössert und hat das Stimmband infiltrirt, das jetzt in seiner Beweglichkeit etwas geschwächt erscheint. Red. fragt sich, ob der Fall jetzt ein Frühstadium von maligner Erkrankung darstellt.

Sir Felix Semon und de Santi empfehlen die Vornahme der Thyrotomie.

Willcocks: Weitere Geschichte eines Falles von Recurrenslähmung.

Der Fall, den W. im December v. J. vorgestellt hat, ist plötzlich an einer intrathoracalen Blutung, ohne Zweifel bedingt durch ein Aneurysma, gestorben.

Ernest Waggett (London).

c) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 27. Januar 1899.

Vorsitzender: Dr. Middlemas Hunt.

Lennox Browne: Ein Kehlkopfepitheliom von mindens $2^1/_2$ jähriger Dauer, das nicht operirt worden ist.

Der Fall ist ein glückliches Beispiel für die Berechtigung einer vorsichtigen Exspectativ-Therapie („the policy of watchful inactivity") bei Patienten von vorgeschrittenem Alter, die nicht an Athemstörungen leiden. Der jetzt 66jährige Patient verlor 1894 seine Stimme; Redner sah ihn 1896 zum ersten Male. Noch jetzt ist die anhaltende Aphonie das einzige Symptom; Dysphagie, Dyspnoe etc. fehlen vollständig. Innerhalb der $2^1/_2$ Jahre, die Redner den Pat. in Beobachtung hat, verlor derselbe nur 14 Pfund an Gewicht.

Das laryngoskopische Bild hat sich in dieser ganzen Zeit nicht verändert. Die gesammten Gewebe der linken Kehlkopfhälfte sind unbeweglich und bilden eine grosse und unregelmässige Masse von etwas stärkerer Färbung und warziger Oberfläche. Das linke Stimmband ist dem Blick verborgen; das rechte erscheint ebenfalls afficirt, bewegt sich aber frei. Die Gewebe um den Larynx sind stark infiltrirt, aber es ist keine Drüsenschwellung nachweisbar. Die Diagnose wurde auf Epitheliom gestellt. Eine antisyphilitische Kur hatte kein Resultat. Der Pat. erhielt nun innerlich Eisen und Arsen, von letzterem sehr grosse Dosen, für die er durch eine frühere Kur wegen chronischen Ekzems eine besondere Toleranz erworben hatte. Vor der Entnahme eines Stückchens der Neubilduung zu Untersuchungszwecken hat Redner sich gescheut, um nicht die gleichsam latente Geschwulst zur Activität zu reizen. Die Diagnose, die übrigens von einer Reihe Collegen getheilt wird, ruht also rein auf klinischen Gründen.

Macintyre ist doch zu Zweifeln an der Diagnose geneigt, da die Geschwulst nicht das Aussehen hat, das man bei einem Epitheliom nach $2^1/_2$jähriger Dauer erwarten sollte. Auf der andern Seite kann man die Diagnose auf Malignität auch nicht bloss aus dem Grunde, weil der Verlauf atypisch und nicht-maligne ist, verwerfen. Redner entsinnt sich eines Falles, der 4 Jahre lang in so gutem Zustand blieb, dass ein anderer Specialist nur zur Diagnose auf chronische Laryngitis kam, und in dem später doch die Tracheotomie nothwendig wurde. Alles in allem war dieser Fall 7 oder 8 Jahre in Beobachtung gewesen.

Vinrace billigt Lennox Browne's Zurückhaltung von jedem Eingriff in diesem Falle.

Der Vorsitzende ist der Meinung, dass das Krankheitsbild eher für eine chronisch entzündliche Affection spricht. Der Process ging nicht von einem Herde, sondern von vielen Stellen gleichzeitig aus. Der Krankheitsverlauf ist dem einer malignen Erkrankung durchaus unähnlich.

Lennox Browne hebt noch mal hervor, dass keiner seiner Collegen einen Zweifel an der Diagnose hatte. Ob die Krankheit wirklich von mehreren Herden

ihren Ursprung nahm, vermag er nicht zu sagen. Seit $2^1/_2$ Jahren hat sich das Aussehen jedenfalls nicht verändert. In einer Zeit, in der die öffentliche Aufmerksamkeit der Frage des Kehlkopfcarcinoms besonders zugewandt war, hat er mehrere Patienten gesehen, die dieses Leiden 4—5 Jahre hatten.

John Bark: Ein Fall von Cyste des Kehlkopfventrikels (mit Abbildung).

66jährige Frau, seit 12 Monaten an zunehmender Heiserkeit leidend. Die chronisch lungen- und herzkranke Frau klagt auch über Husten und Athemnoth. Es wurde eine kuglige, glatte, gespannte, ovale Neubildung mit breitem Stiele, in der Grösse etwa einer Erbse constatirt, die aus dem rechten Ventrikel herauskam.

George Stoker: Ein Vorschlag zur curativen Behandlung der Kehlkopfphthise.

S. empfiehlt die locale Application von „oxydirten Toxinen". Er bereitet dieselben in der Weise, dass er einen Oxygenstrom durch Kölbchen mit Culturen von Organismen leitet, die von dem Ulcus der zu behandelnden Person selbst stammen. Redn. hat über diese Methode bei der Larynxtuberculose noch keine Erfahrung, aber er erwartet von ihr gute Resultate. Diese Erwartung gründet sich auf die vortrefflichen Resultate, die er mit der Application von oxydirten Culturen von Bacillus pyocyaneus bei Geschwüren erzielte, die mit diesem Bacillus inficirt waren. Aehnliche Erfahrungen machte er in Fällen von Lupus nach der Ausschabung, wodurch sein Wunsch, die Methode auch am tuberculösen Kehlkopf zu erproben und seine Erwartung noch gesteigert wurden.

R. H. Woods (Dublin): Präparat von einem mittelst Thyrotomie entfernten Krebs des rechten Stimmbandes.

Die Diagnose, die auf squamöses Epitheliom gestellt ist, wurde von Butlin bestätigt und später durch den mikroskopischen Befund verificirt. Der Tumor wurde nach medianer Thyrotomie entfernt; die Heilung verlief ungestört; der 74jährige Patient verliess das Hospital am 10. Tage.

Discussion über den Werth der Allgemeinbehandlung bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Barclay Baron bespricht die Einwirkung der Allgemeinkrankheiten auf den Pharynx und Larynx und hebt die bedeutenden Fortschritte der Allgemeinbehandlung hervor. Für den tuberculösen Larynx erhofft er mehr von der modernen Offen-Luft-Behandlung, als von den keimtödtenden Mitteln. Die trockene Luft des Hochgebirges ist zu reizend für den Larynx und darum zu vermeiden.

Wyatt Wingrave erörtert das Thema, soweit Nase und Nasenrachenraum in Frage kommen. Er legt Werth auf die Grösse der Nasenmuscheln im Verhältniss zur Gesammtcapacität der Nase in den verschiedenen Lebensaltern.

Lennox Browne erinnert an die Eröffnungsansprache Sir Morell Mackenzie's, in der dieser nachdrücklich betont hat, wie sehr die Specialität abhängig ist von der gründlichen Kenntniss der Gesammtmedicin.

Mac Naughton Jones und Dundas Grant, die sich an der Discussion betheiligen, verbreiten sich hauptsächlich über den Werth der Allgemeinbehandlung bei Ohrenleiden, von dem einleitend Dr. Woods gesprochen hatte.

Ernest Waggett.

III. Briefkasten.

Zur Frage der Stellung der Laryngologie bei den internationalen Congressen und ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

Resolution der Oesterreichischen Otologischen Gesellschaft.

Wien, den 22. December 1899.

Hochverehrter Herr Professor!

Die österreichische otologische Gesellschaft hat in ihrer, am 27. Nov. 1899 abgehaltenen Hauptversammlung folgenden Beschluss gefasst:

„Der Otologie und der Laryngologie soll jeder für sich bei allen künftigen internationalen medicinischen Congressen und ähnlichen Versammlungen oder Anlässen die Stellung einer vollen und unabhängigen Section gewahrt werden."

Indem ich mir erlaube, Sie von diesem Beschlusse in Kenntniss zu setzen, bitte ich, hiervon jeden Ihnen nothwendig erscheinenden Gebrauch zu machen, und verharre in ausgezeichneter Hochachtung als Ihr ergebener

Docent Dr. Jos. Pollack,
z. Z. Secretär der Gesellschaft.

Die italienischen Referate des Centralblatts.

Prof. F. Massei (Neapel) hat in einer Zuschrift an den Herausgeber mit Bezug auf das vollständige Ausfallen der italienischen Literatur aus der in der Januarnummer gegebenen laryngologisecken Statistik des Jahres 1898 dagegen Verwahrung eingelegt, dass aus dem Fehlen von Referaten über die italienische laryngologische Literatur der Schluss gezogen werden könnte, dass diese Literatur selbst versiegt sei. Dieselbe sei vielmehr auch im Vorjahre so lebendig gewesen, wie je.

Obwohl wir kaum glauben, dass nach unseren wiederholten Mittheilungen über den Unstern, der seit Jahren über unseren italienischen Referaten gewaltet hat, ein einziger unserer Leser den von Prof. Massei befürchteten irrigen Schluss aus unserer Statistik gezogen hat, so gewähren wir seinem patriotischen Protest gern Aufnahme.

In Zukunft wird sich Dr. Finder (Berlin) mit Dr. Donelan (London) in die italienischen Referate theilen.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, März. 1900. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente etc.

1) **Cheval. Die Fortschritte der Oto-Laryngologie seit 25 Jahren. (Les progrès de l'oto-laryngologie depuis 25 ans.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 8. 1899.*

Die Fortschritte sind vom specifisch belgischen Standpunkt aus beurtheilt und bieten insofern gewiss viel Neues für den Leser.

BAYER.

2) **S. E. Solly. Ansprache des Vorsitzenden in der Americanischen Laryngologischen, Rhinologischen und Otologischen Gesellschaft. (Presidential address before the American Laryngological, Rhinological and Otological Society.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1899.*

In allen Fällen von chronischer Lungenerkrankung sollen stets die obersten Luftwege inspicirt werden. S. neigt zu der Ansicht, dass bei Nasenverstopfung die Bacterien am leichtesten im Nasopharynx hinter der Verstopfung Eingang finden.

EMIL MAYER.

3) **G. Martuscelli** (Neapel). **Statistischer Bericht des Laryngologischen Instituts der Universität zu Neapel für das Jahr 1896—97. (Rendiconto statistico dell'anno scolastico 1896-97 dell'Istituto di Laringoiatria della R. Università di Napoli.)** *Arch. Ital. di Laringologia Naples. Januar 1898.*

Statistischer Bericht über die auf der Klinik von Prof. Massei behandelten Fälle. Die verschiedenen Operationem, die ausgeführt wurden, sind zusammengestellt, einige wichtigere ausführlich beschrieben. Eine beigegebene Tafel zeigt das Bild eines Falles von Perichondritis laryngea und eines Kehlkopfcarcinoms.

JAMES DONELAN.



4) **G. Martuscelli. Statistik der während des Unterrichtsjahres 1897—1898 beobachteten Tumoren. (Statistica di alcuni tumori osservati durante l'anno scolastico 1897—1898.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Januar 1899.*

Unter den 62 Tumoren, die 1897—1898 auf Massei's Klinik zur Beobachtung gelangten, sind hervorzuheben ein Sarkom der Zunge, ein recidivirendes Sarkom der Nasenhöhle, ein von der mittleren Muschel und dem Antrum ausgehendes Carcinom, ein Carcinom des Nasenrachenraums. FINDER.

5) **A. Trifiletti** (Neapel). **Bericht über das Schuljahr 1898—99 des laryngologischen Ambulatoriums des von Prof. Massei geleiteten klinischen Hospitals der Universität Neapel. (Rendiconto dell'anno scolastico 1898—99 del dispensario di Laringoiatria della R. Universita di Napoli nell'ospedale clinico diretto dal Prof. Massei.)** *Giorn. Internat. delle Scienze Med. Anno XXI.*

60 Hörer nahmen an den Unterricht Theil, 45 Studirende und 14 Aerzte, 2 machten ihre Doctorarbeit an dem Institut; besonders hervorgehoben wird die von Dr. Pireza: Die Lymphdrüsen des Waldeyer'schen Schlundrings (besonders die Gaumentonsillen) als Eintrittspforte für mikrobische Affectionen.

Patienten wurden im Ganzen 1484 behandelt; von diesen hatten 476 Affectionen der Nase und ihrer Nebenhöhlen, sowie des Nasopharynx, 645 Affectionen des Rachens, der Mandeln, des Gaumens und Mundes, 363 Krankheiten des Larynx, der Trachea, der Schilddrüse und des Oesophagus.

39 klinische Vorlesungen wurden abgehalten. Von den vorgestellten Fällen sind erwähnenswerth ein Fall von spastischer Contraction des linken Stimmbandes bei Chondrosarcom der Thyreoidea, ein Fall von primärem Carcinom des Larynx, zwei Fälle von Miliartuberculose des Gaumensegels, ein Fall von completer Lähmung des linken Stimmbandes bei Aneurysma der Aorta ascendens, ein Fall von cystischem Fibrom des Larynx, zwei Fälle von Retropharyngealabscess beim Erwachsenen u. s. w.

Trifiletti weist auf die wachsende Zahl der Studenten hin, die sich der freiwilligen Prüfung in der Laryngologie unterzogen haben. JAMES DONELAN.

6) **Jonathan Wright. Einige weitere referirende und kritische Bemerkungen über die neuere laryngologische und rhinologische Literatur. (Some critical and desultory remarks on recent laryngological and rhinological literature.)** *N. Y. Med. Journal. 21. Januar 1899.*

Der vorliegende Aufsatz bildet die 8. Fortsetzung dieser lesenswerthen und inhaltreichen Artikelserie, auf die wir schon mehrfach hingewiesen haben. Diesmal bespricht W. das Werk von Harke: Beiträge zur Pathologie und Therapie der oberen Athmungswege und die Untersuchungen von Cholewa und Cordes über die Pathogenese der atrophischen Rhinitis. LEFFERTS.

7) **Guido Guerrini. Ueber die elastischen Elemente der oberen Luftwege. (Sugli elementi elastici delle vie respiratorie superiori.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. Januar-Februar 1898.*

Eine sehr sorgfältige, auf genauen histologischen Studien beruhende Arbeit; wegen der Details muss auf das Original verwiesen werden. FINDER.

8) **E. Ferrari. Zur Kenntniss der Bronchialdrüsen-Erkrankungen.** K. k. Krankenanstalt Rudolfstiftung Wien. *Wiener klin. Wochenschr. No. 36. 1899.*

Es handelte sich um eine Pyosepticämia e thrombophlebitide ichorosa venae pulm. ex perforatione abscess. gland. lymph. bronchial. sin. cum oesophago communicantis — Emboliae meningum et cerebri cum meningitide incipiente — Nephritis embolica. Infarctus lienis ichorosus. Welcher Process zur Verjauchung der Bronchialdrüse führte, liess sich nicht mit Sicherheit feststellen. Möglicherweise handelte es sich um eine bei anthrakotischen Drüsen nicht seltene Erweichung (Nekrose), wobei es unter Anschwellung des Oesophagus und Perforation desselben zu jauchiger Infection von der Speiseröhre her gekommen ist.

CHIARI.

9) **Riegel** (Giessen). **Zur Behandlung des asthmatischen Anfalles.** *Deutsche med. Wochenschr. 41. 1899.*

Von der Vorstellung ausgehend, dass der asthmatische Anfall auf einem durch Vagusreizung erzeugten Krampf der Bronchialmusculatur beruht, empfiehlt R. zur Coupirung des einzelnen Anfalls Atropin, und zwar subcutan in dosi 0,5—1 mg. Ob eine länger fortgesetzte Anwendung des Atropins die Wiederkehr der Anfälle zu verhüten im Stande ist (Trousseau, von Noorden), darüber möchte Verf. kein Urtheil abgeben.

ZARNIKO.

10) **v. Weismayr. Die Verhütung der Infectionsgefahr in Heilanstalten und Curorten.** Aus der Heilanstalt Alland. *Wiener klin. Rundschau. No. 25 und 26. 1899.*

Unter anderen hygienischen Maassnahmen zur Bekämpfung der Weiterverbreitung von Tuberculose sollte nach v. W. ein Sputumtaschenfläschchen auf das dringendste empfohlen werden, damit durch das Sputum weder das Taschentuch verunreinigt noch auch im Freien ausgespuckt wird.

CHIARI.

11) **L. Flick** (Philadelphia). **Europhenbehandlung der Tuberculose.** *Die Heilkunde. No. 4. 1899.*

F. hält bei Phthisis incipiens das Europhen für ein wirkliches Specificum. Er verordnet Europheninunctionscuren.

CHIARI.

12) **M. Araki** (Japan). **Ueber das neue Tuberculin Koch's.** *Tokio Iji-shinshi. (The Tokio medical Journal.) Jan. 21. 1899.*

Verf. veröffentlicht seine an 32 Tuberculösen aus Wakasugi's Klinik in Neigata mit dem neuen Tuberculin gemachten Erfahrungen; es handelte sich um 15 Fälle einfacher Form und 17 mit Mischinfection, hereditär belastete 28. Davon wurden geheilt (? gebessert Ref.) 15, unbeeinflusst blieben 10, verschlechtert 4, und 3 starben während oder bald nach der Behandlung. Die geheilten gehören der einfachen Form an.

Das neue Tuberculin ist bei den Anfangsstadien der Tuberculose wirksam.

OKADA.

13) **v. Stoffella** (Wien). **Zur Therapie der Tuberculose.** *Wiener klin. Rundschau. No. 23 u. 24. 1899.*

St. wendet an seinem poliklinischen Ambulatorium mit gutem Erfolge die



Solutio Fowleri combinirt zu gleichen Theilen mit Tinctura anodyna, ferner hydriatische Proceduren an. Sehr gute Wirkung sah St. von der internen Zimmtmedication. Gegen Nachtschweisse wird Atropin und Agaricin empfohlen.

CHIARI.

14) **Scognamiglio** (Neapel). **Die Behandlung der Tuberculose mit Glandulen.** *Wiener med. Presse. No. 10. 1899.*

Nach S. kann man mit Glandulen nicht nur die beginnenden, sondern auch die mehr oder minder vorgerückten Stadien der Tuberculose zur Ausheilung bringen. Anfangsdosis 3mal täglich 1 Tablette; steigen bis zu 15 Tabletten pro die — keine unangenehmen Nebenwirkungen.

CHIARI.

15) **Schnirer. Zur medicamentösen Behandlung der Lungentuberculose.** *Klin. therap. Wochenschr. No. 35 u. 36. 1899.*

Es wurden mit Thiocol und Sulfosolkreosol gute Erfolge erzielt.

CHIARI.

16) **R. Fauvel** (Paris). **Das physiologische Extract der Nasenrachenschleimhaut und seine Anwendung in der Therapie der Lungentuberculose. (De l'extrait physiologique naso-pharyngien et de son application au traitement de la tuberculose pulmonaire.)** *Gazette des hôpitaux. 10. Januar 1899.*

Eine neue und ziemlich verblüffende Anwendungsweise der sogenannten Opotherapie. Da nicht so selten Koch'sche Bacillen auf den Mandeln auch gesunder Menschen vorkommen, was durch die bactericide Fähigkeit des Schleimes erklärt wird, stellt der Verf. folgendes Raisonnement an: Die Sekrete der Rachenschleimhaut neutralisiren die Bacterientoxine im Bereich dieser Schleimhaut; warum sollen sie nicht dieselbe Wirkung auch innerhalb des Organismus ausüben können.

Aus diesem Gedanken heraus hat Verf. ein Nasenrachenschleimhautextract hergestellt, indem er Schleimhautstückchen vom Schaf oder von Ziegen in Glycerin oder künstlichem Serum auszog. Nach einigen Vorversuchen am Thiere injicirte F. dieses Extract dem Menschen.

Die klinischen Resultate erscheinen ihm ziemlich beweisend (?).

PAUL RAUGÉ.

17) **E. Baumgarten. Das Phenolum natrosulforicinicum in der Rhino-Laryngologie. (A phenolum natrosulforicinicum az orr-gégészeti gyakorlatban.)** *Orvosi Hetilap. No. 28. 1899.*

Verfasser hat die von Heryng und Ruault empfohlene nach Carbol riechende Lösung von Phenolum syntheticum und natrosulforicinicum bei verschiedenen Krankheiten versucht. Abgesehen von dem unangenehmen Geruch und Geschmack wird das Mittel ziemlich gut vertragen. Schöne Erfolge erreichte Verf. bei tuberculösen Kehlkopfgeschwüren mit einer 30—50proc. wässerigen Lösung, ohne jedoch die Wirkung des Acid. lacticum zu erreichen; die Lösung bewährte sich auch zur Localbehandlung luetischer Geschwüre. Erfolglos schien die Behandlung bei Laryngitis acuta und chronica, Pachydermie und Ozaena laryngis. Am besten bewährte sich das Mittel bei Rhi-

nitis chronica atrophica simplex und cum ozaena. Das Heilverfahren besteht neben der sonst üblichen Reinigung der Nase in regelmässiger Pinselung. Schon nach einiger Zeit kann man die tägliche Reinigung verlassen, nur die Behandlung mit dem Phenol etc. muss fortgesetzt werden. Die Borkenbildung, Geruch und andere lästige Symptome bleiben gänzlich aus oder lassen bedeutend nach. Die Besserung tritt sogar in den schlimmsten Fällen auf. Die Wirkung des Mittels befriedigte den Verf. derartig, dass er sich der optimistischen Meinung hingiebt, dass die Krankheit „früh genug in Behandlung gekommen, auch heilbar sein kann.“

v. NAVRATIL.

18) **Beketoff. Zur therapeutischen Anwendung des Heroin.** *Klin. therapeut. Wochenschr. No. 14. 1899.*

B. lobt das Heroin als hustenstillendes Mittel bei Tuberculose, insbesondere bei Neigung zu Hämoptoe.

CHIARI.

19) **Wierzbicki** (Krakau). **Klinische Beobachtungen über den therapeutischen Werth des Heroins.** *Klin. therap. Wochenschr. No. 27. 1899.*

Bei Bronchialcatarrhen und im Anfange der Phthise sei Heroin ein gutes Ersatzmittel des Morphins.

Rp. Heroini puri 0,005—0,01
Sachar. 0,25
M. f. p. D. t. d. No. X.
D. S. 3—4 Pulver täglich.

CHIARI.

20) **Ziffer** (Gleichenberg). **Indicationen der Inhalationscuren.** *Wiener medicin. Presse. No. 20, 21 u. 23. 1899.*

Zunächst beschreibt Z. die verschiedenen Inhalationsmittel und Methoden. Besonders wird auf die zweckmässigen Quellsalzzerstäubungen und die Pneumatotherapie hingewiesen. Mittelst Wärme erzeugte Dämpfe inhaliren zu lassen, hält Z. bei Lungenphthise direct für nachtheilig und macht diesbezüglich nur bei Fichten- und Terpentindämpfen eine Ausnahme. Es wird die Fichte durch heisse Dämpfe extrahirt und in abgekühltem Zustande inhalirt. Zum Schlusse spricht Z. über die sogenannte permanente Inhalation mit medicamentösen Respiratoren, die die Geduld der Patienten zu sehr auf die Probe stellen und schon deshalb sich nicht bewähren.

CHIARI.

21) **Redact. Notiz Intratracheale Injectionen. (Intratracheal injections.)** *Journal American Med. Association. 8. Juli 1899.*

Bei Bronchiectasien, Lungengangrän und Syphilis ebenso, wie bei tuberculösen Cavernen ist die Methode der intratrachealen Injection jeder anderen Therapie überlegen. Sie setzt das Fieber herab, beschränkt den localen Process und vertreibt den üblen Geruch der Exspirationsluft.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **H. Bergeat. Rhinoskopia externa. Recessus apicis nasi.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 4. 1899.*

Mit dem Namen Rhinoskopia externa bezeichnet B. die Untersuchung des Naseneinganges speciell des Recessus nasi mit einem unter dem Nasenloch eingeführten erwärmten Spiegel, wobei die Vibrissae zur Seite geschoben und die Nase der Breite nach auseinandergedrückt werden muss. Im Recessus apicis finden sich sehr häufig Eczeme, Furunkeln, Fissuren, Syphilide, Lupus und Granulationswucherungen, welche sich oft nur durch die oben genannte Untersuchungsmethode erkennen und erfolgreich behandeln lassen. SCHECH.

23) **Magenau. Zur Rhinoskopia externa Bergeat's.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. No. 6. 1899.*

M. erklärt, dass die Untersuchung des Naseneinganges mit kleinen Spiegeln schon seit Jahren auf Jurasz' Klinik geübt werde, und dass auch schon Spiess im Handbuche der Laryngologie und Rhinologie sie unter dem Namen Rhinoskopia anterior erwähnt; schon Czermak hat sie ausgeführt. Auch sei es überflüssig, dafür einen neuen Ausdruck zu gebrauchen. SCHECH.

24) **Bergeat. Erwiderung zur Rhinoskopia externa.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. No. 6. 1899.*

B. beharrt auf der Benennung der von ihm beschriebenen Untersuchungsmethode, weil es nicht angehe, zwei sowohl durch die Verschiedenheit der Anwendung von Instrumenten, als auch der Lage und Beschaffenheit der untersuchten Stellen sich charakterisirende Untersuchungsmethoden vereinigt halten zu wollen. SCHECH.

25) **Arthur T. Shau. Die Sondirung des Nasengangs von der Nase aus. (The probing of the nasal duct from the nose.)**

Nach vorheriger Cocainisirung sondirt S. den Ductus nasalis, indem er unterhalb der unteren Muschel in seine Mündung eingeht. EMIL MAYER.

26) **Rille. Ein Fall von Rhinophyma.** Wissenschaftl. Aerztegesellsch. in Innsbruck, Sitzung vom 25. Februar 1899. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 21. 1899.*

Operative Behandlung mit Keil- und Flachexcisionen. Die Blutung war beträchtlich. CHIARI.

27) **Kaposi. Granuloma nasi.** Wien. dermat. Gesellsch., Sitzg. v. 8. März 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1899.*

Demonstration eines 56jährig. Mannes mit Granulom am linken Handrücken und an der Nase, die stark verdickt, dunkelroth und höckerig erscheint, wobei

auch der knorpelige Theil der Nase verdickt ist. Die histologische Untersuchung ergab einen chronischen Entzündungsprocess. — Tuberkulose, Rhinosclerom ausgeschlossen. — Ob Lues vorlag, ist nicht erwähnt.

CHIARI.

28) **Preindlsberger** (Serajevo). **Zur partiellen und totalen Rhinoplastik nach v. Hacker.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 6. 1899.*

In einem Falle handelte es sich um einen Ersatz eines Nasenflügels, im zweiten um eine totale Rhinoplastik mit Verwendung eines eine Periost-Knochenspange enthaltenden Stirnlappens, welche Methode neben der leichteren Ausführbarkeit den Vortheil der kürzeren Heilungsdauer bringt.

CHIARI.

29) **Urbanowitsch. Zur Frage der partiellen Rhinoplastik. (K woprosu tschastnoi plastiki nosa.)** *Chirurgia. Bd. VI. No. 32. 1899.*

Ersatz der Nasenflügel aus der Wange mit gutem Erfolge.

P. HELLAT.

30) **Lacroix. Ein Fall von Nasenschwindel. (A case of nasal vertigo.)** *Charlotte Medical Journal. Mai 1899.*

Nach Entfernung von 3 kleinen Nasenpolypen war Patientin von den Schwindelanfällen, an denen sie seit einem Jahre litt, geheilt.

EMIL MAYER.

31) **C. Abate. Nasen-Epilepsie. (Epilessie riflesse del naso.)** *Bollet. delle Malat. dell'orecchio etc. November 1898.*

Bericht über 6 Fälle. Im ersten verschwanden nach Entfernung eines Tumors am Septum in Höhe der mittleren Muschel die Anfälle (bis dahin bis zu 10 am Tage), um nach 47 Tagen wieder aufzutreten. Im zweiten Fall blieben die Anfälle nach Entfernung von Polypen aus beiden Nasenhöhlen 7 Monate lang aus, kehrten dann aber wieder, ohne dass inzwischen die Polypen von Neuem gewachsen wären; ebenso blieben sie im dritten Fall nach Abtragung des Tumors an der mittleren Muschel nur kurze Zeit aus. Desgleichen waren die Erfolge in zwei anderen Fällen, wo es sich um Rhinitis hyperplastica handelte, nur sehr kurzdauernde. Der letzte Fall kann, da es sich scheinbar mehr um eine hysterische Affection handelt, die auch durch Suggestionstherapie günstig beeinflusst wurde, füglich nicht zur Reflexepilepsie gerechnet werden.

FINDER.

32) **Bordier** (Lyon). **Sternutatogene Zonen. (Des zones sternutatogènes.)** *Soc. de Biologie. 28. Januar 1899.*

B. bezeichnet mit obigem Namen die Zonen, die jedesmal, wenn sie einen Kälteeindruck erfahren, mit Niesen reagiren. Bei einem Kranken konnte er das Vorhandensein einer derartigen Zone am linken Bein constatiren. Mittels des Luftcalorimeters stellte er fest, dass die von diesem Bein ausgestrahlte Wärme weit geringer war als die der anderen Seite, obgleich die locale Temperatur beiderseits dieselbe war.

PAUL RAUGÉ.

33) **W. Freudenthal. Ein Fall von nasaler Hydrorrhoe. (A case of nasal hydrorrhoea.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Die Hydrorrhoe ist neurotischen Ursprungs. F. demonstrirt von einem seiner

Fälle 2 Flaschen mit je 120 ccm eines wässerig dünnen, serös-mucösen Ausflusses, der bei der mikroskopischen Untersuchung nur flache Epithelzellen zeigt.

Verf. erwähnt weiterhin einen Patienten, bei dem er die Asch'sche Operation wegen Septumverbiegung ausführte, und der in der Nacht darauf einen Anfall von Hydrorrhoe hatte; derselbe ist nicht recidivirt.

EMIL MAYER.

34) **J. Ball. Paroxysmales Niesen und verwandte Affectionen. (Paroxysmal sneezing and allied affections.)** *Lancet. 11. Februar 1899.*

Der vor der South-West London Medical Society (Sitzung vom 11. Januar) gehaltene Vortrag giebt eine gute Uebersicht über diesen Gegenstand.

ADOLPH BRONNER.

35) **Walter A. Wells. Ein Fall von ausserordentlich häufigem und lange anhaltendem paroxysmalem Niesen. (Case of paroxysmal sneezing extra-ordinarily frequent and long continued.)** *The National Med. Review. Mai 1899.*

17jähriges Mädchen hatte Niesanfälle von 40—75maligem Niesen in der Minute. Chloroform brachte keine Besserung. Das Niesen hielt mehrere Tage und selbst während des Schlafes an. Nach Perioden, die ganz frei waren, kamen wieder Attacken so schwer wie vorher. Die rechte Nasenseite war vollständig verschlossen durch Hypertrophie der mittleren und unteren Muschel, und beiderseits drückte die mittlere Muschel auf das Septum. Galvanokaustische Aetzung der Muscheln brachte Heilung.

EMIL MAYER.

36) **Charles W. Richardson. Asthma als Reflexerscheinung bei Antrumabscess. (Asthma as a reflex manifestation from abscess of antrum.)** *Journal of the Americ. Med. Assoc. 24. Juni 1899. Laryngoscope. August 1899.*

Verf. sah in den letzten 3 Jahren 2 Fälle von Antrumabscess mit deutlichen asthmatischen Erscheinungen. In beiden wurde das Asthma durch die Entleerung des Eiters aus der Kieferhöhle gebessert.

EMIL MAYER.

37) **Redmond Payne. Asthma nasalen Ursprungs und seine radicale Heilung. (Asthma of nasal origin and its radical cure.)** *Pacific Med. Journal. Mai 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

38) **F. de Havilland Hall. Asthma in Beziehung zu Erkrankungen der oberen Luftwege. (Asthma in relation to diseases of the upper air passages.)** *Lancet. 20. März 1899.*

H. knüpft an Armstrong's Mittheilung an. Der Ursprung des Asthma ist ein dreifacher: 1. die Diathese des Patienten, 2. locale Krankheitszustände der Schleimhäute, 3. Reizursachen.

ADOLPH BRONNER.

39) **Sidney Martin. Asthma und seine Behandlung. (Asthma and its treatment.)** *Brit. Med. Journ. 24. December 1899.*

Eine kurze Uebersicht über die verschiedenen Ursachen und Behandlungsmethoden des Asthma. Von der Nase und dem Rachen ist nur sehr wenig gesagt.

„Die Application des Galvanokauters in der Nase beseitigt bisweilen das Heuasthma und die Entfernung eines Nasenpolypen kann Asthmaanfälle wesentlich erleichtern."

ADOLPH BRONNER.

40) **G. Gradenigo** (Turin). **Ueber Heuschnupfen. (Sulla corizza da fieno.)** *R. Acad. di Med. Torino. 2. Juni 1899.*

Ref. glaubt an eine besondere Disposition zum Heuschnupfen, insofern in Folge besonderer Configuration der Nasenhöhlen die Pollen leicht in die oberen Regionen derselben gelangen können.

Die Krankheit kommt in Italien gerade so häufig vor wie in den anderen Theilen Europas und in Amerika; sie ist keineswegs der angelsächsischen Race eigenthümlich. G. theilt die Ansicht nicht, die kürzlich ausgesprochen worden ist, dass die vermehrte Reizbarkeit der Schleimhaut bei der vasomotorischen Coryza eine Theilerscheinung allgemeiner arthritischer oder gichtischer Diathese ist. Die galvanische oder chemische Aetzung hat nach seinen Erfahrungen nur einen vorübergehenden Effect. Seine besten Resultate erzielte er durch Douchen mit nicht reizenden, d. i. physiologischen Lösungen, zu denen er einige Tropfen einer alkoholischen Menthollösung von 1:30 hinzusetzte. Er missbilligt den Gebrauch von Cocain, das nur vorübergehend nutzt und leicht zu Cocainismus führt.

JAMES DONELAN.

41) **John Dunn. Harnsäure im Blute als Ursache von Heufieber und Asthma. (Uricacidaemia as the cause of hayfever and asthma.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 10. Februar 1899.*

D. theilt 4 Fälle mit, in denen er durch Regelung der Diät (Verbot von Fleisch, Thee und Kaffee) und Verordnung von Alkalien die störenden nasalen Symptome ohne jede lokale Einwirkung auf die Nasenschleimhaut beseitigte.

EMIL MAYER.

42) **Garel. Heuasthma. (Le rhume des foins.)** Paris 1899.

Die vortreffliche Studie G.'s baut sich auf Beobachtungen an 159 Fällen auf. Der Verf. sieht das Heuasthma nur als eine Abart der Rhino-Bronchitis spasmodica an. Er unterscheidet 2 Formen, die eine periodisch auftretend, das eigentliche Heufieber, die andere nicht periodisch, in irgend einer beliebigen Jahreszeit eintretend. Beide Formen können sich mit richtigen asthmatischen Anfällen compliciren.

Zur Erklärung der Krankheit acceptirt G. die gemischte Theorie, nach der die drei Factoren der allgemeinen nervösen Empfänglichkeit, der localen Hyperexcitabilität und des äusseren Reizes zusammenwirken.

Sichere positive Resultate ergiebt nur die chirurgische Behandlung, durch welche die reizbaren Zonen der Riechschleimhaut vernichtet werden.

A. CARTAZ.

43) **A. Castex. Heuasthma. (L'asthme des foins.)** *Archiv. de thérapeut. clin. April 1899.*

Nach C. ist die Krankheit verursacht durch eine Vasodilatation, deren An-

lass ein äusserer Reiz auf eine prädisponirte Schleimhaut ist. Die Affection ist gewissermaassen ein Abwehrreflex.

a) Die Localbehandlung soll die Nasenschleimhaut dem äusseren Reiz entziehen. Dazu dienen ein dichter Schleier über dem Gesicht, Wattetampons in den Nasenöffnungen, Cocain, Mentholöl, vor allem aber die galvanocaustische Aetzung der Nasenschleimhaut.

b) Die Allgemeinbehandlung muss die Nervosität bekämpfen, sie bedient sich des Broms, Zinc. valerian., der Asa foetida, des Atropins, Chinins etc.

PAUL RAUGÉ.

44) **Carolus M. Cobb. Heufieber. (Hay fever.)** *Philadelphia Monthly Medical Journal. Mai 1899.*

Zur Entstehung von Heufieber wirken nach C. zusammen ein äusserer Reiz, eine besondere Empfänglichkeit des Nervensystems und ein Krankheitszustand der Nasenschleimhaut. Unter den Landbewohnern giebt es wenig oder kein Heufieber. C. beobachtete das Leiden niemals bei Ethmoiditis oder eitriger Rhinitis. Vor dem Anfall sind Zincum phosphor. und Chinin nützlich. Im Anfall empfiehlt C. die von Sir Andrew Clark angegebene Application von:

Hydrargyr. bichlor. 0,06
Chinin. muriat. 1,8
Glycerin.
Acid. carbol. ana 3,75

EMIL MAYER.

45) **Alexander Rixa. Verhütung von Heufieber. (Prevention of hay fever.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 21. Januar 1899. Med. Times and Register. Juni 1899.*

Das Heufieber wird durch Pollenstaub verursacht. R. glaubt es verhüten zu können, indem er zwei Wochen vor dem zu erwartenden Anfall durch Spülungen der Nase mit antiseptischen Lösungen, z. B. Wasserstoffsuperoxydlösungen, dieselbe unempfänglich für den Reiz macht.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

46) **Edward W. Wright. Zur Verhütung des Heufiebers. (The prevention of hay fever.)** *N. Y. Med. Journal. 6. Mai 1899.*

In der Aetiologie des Heuasthmas sind 3 Gruppen von ursächlichen Factoren zu unterscheiden: excitirende, constitutionelle und locale. Für die Therapie versprechen zwei neuere Drogen grossen Nutzen, das Orthoform und das Nebennierenextract. Ersteres setzt die Ueberempfindlichkeit herab und verringert das paroxysmale Niesen; es hält in seiner Wirkung manchmal länger an, als das Cocain und ist dabei nicht toxisch. Die Lösung von Nebennierenkapsel macht die Nasenathmung frei und vermindert den serösen Ausfluss.

LEFFERTS.

47) **E. H. Wright. Die Verhütung von Heufieber. (The prevention of hay fever.)** *Medical Review. 20. Mai 1899. The Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. Juni 1899.*

Wenn eine Schleimhautverdickung und -Hypertrophie besteht, applicirt Verfasser Jod, Jodkali und Glycerin. Bei dünner und sensitiver Schleimhaut ohne

Hypertrophie benutzt er Ac. tannicum, Ac. carbolic. und Glycerin. Die Applicationen müssen die gesammte Schleimhaut berühren und gleichzeitig wird eine leichte Massage geübt.

EMIL MAYER.

48) **B. Douglass. Beobachtungen über die Behandlung des Heufiebers. (Observations on the treatment of hay fever.)** *N. Y. Medical Record. 1. April 1899. N. Y. Med. Journal. 2. September 1899.*

Vef. unterscheidet zwei grosse Gruppen von Fällen: Die mit nasalen Läsionen und die ohne Erkrankungsprocess in der Nase. Die letzteren sind entschieden die weniger zahlreichen. In Verlauf und Dauer bieten beide übrigens nur wenig Unterschiede.

Die Therapie hat 4 Gesichtspunkte im Auge zu behalten: 1. die causale Behanglung; 2. die locale und allgemeine Behandlung des Anfalls; 3. die Allgemeinbehandlung; 4. die Therapie zwischen den einzelnen Anfällen.

Einen besonderen, fast specifischen Werth schreibt D. der getrockneten Nebennierensubstanz zu.

LEFFERTS.

49) **W. Armstrong. Nasale Behandlung bei Asthma. (Nasal treatment in asthma.)** *Lancet. 13. März 1899.*

Verf. ist der Ansicht, dass Asthmatiker oft eine gichtische Diathese haben. Er theilt 5 Fälle mit, bei denen die intranasale Therapie versagte, bis die Behandlung der bestehenden Gicht in Angriff genommen wurde.

ADOLPH BRONNER.

50) **Ingals** u. **Ohls. Ein Spray für Heuasthma. (Spray for hay-fever.)** *Philad. Med. Journal. 11. März 1899.*

Die Verff. sahen günstige Wirkungen von Suprarenalextract. Sie verordnen folgende Mischung, die sich mehrere Wochen unzersetzt erhält:

Extr. suprarenal. 3,75
Ac. boric. 0,96
Aqu. Cinnamom. 15,0.
Aqu. camphorat. (fervid.) 30,0
Aqu. destill. (fervid.) ad 60,0.
Macera par 4 horas et filtra.

S. 4—5mal tägl. als Nasenspray zu benutzen.

EMIL MAYER.

51) **B. Douglass. Heufieber. (Hay fever.)** *The Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. Juni 1899.*

D. empfiehlt Cocain, Argentum nitricum und Nebennierenextract zur Behandlung des Anfalles. Das letztere wird local als Spray oder in Tabletform innerlich angewendet.

EMIL MAYER.

52) **Eshner. Heuasthma. (Hay asthma.)** *N. Y. Medical Record. 4. Februar 1899.*

Rp. Ammon. chlorat. 15,0
Tct. Hyoscyami
Syr. scillae composit.

Syr. senegae
Syr. tolutan. ana 3,75
M. D. S. 3 stündl. 1 Theelöffel voll.

LEFFERTS.

53) **F. H. Wilcox. Heufieber. (Hay fever.)** *Medical Progress. Mai 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

54) **Mays. Gegen Heuasthma. (For hay asthma.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 22. Juli 1899.*

Rp. Phenacetin. 4,16
Chinin. sulfur. 1,43
Ammon. chlorat. 5,85
Pulver. capsic. 0,26
Strychnin. sulfur. 0,065.
In 32 Capseln zu vertheilen. Bei Bedürfniss eine Capsel zu nehmen.

EMIL MAYER.

55) **Redact. Notiz. Gegen die Hydrorrhoe beim Heufieber. (For the hydrorrhoea accompanying hay-fever.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 12. August 1899.*

Rp. Ac. acetici 0,12
Resorcin. 0,09
Natr. chlorat. 0,24
Aqu. destill. 30,00.
S. zur Spülung der Nase.

EMIL MAYER.

56) **W. C. Hollopeter. Behandlung des Heufiebers. (Treatment of hay fever.)** *Medical Review. 12. August 1899.*

Rp. Natr. bicarbon.
Natr. borac. ana 45,0
Ac. carbol. 30,0
Glycerin. 60,0
Aqu. rosae (25 proc.) 200,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll auf 30 ccm warmes Wasser, als Spray oder mittelst Wattebausch zu appliciren. Danach Trocknung der Schleimhäute und Application von

Menthol 0,6
Eucalyptol 3,75
Camphor. pulv. 1,5
Albolin 60,0

EMIL MAYER.

57) **William Murrell. Gegen Heufieber. (For hay fever.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 12. August 1899.*

Rp. Menthol 0,48
Chloroform 0,30
Benzol 1,20
Ol. cassiae 0,18

Magn. carbon. 1,20
Aqu. ad 30,00.

M. D. S. 1 Theelöffel voll in heissem Wasser zur Inhalation für 10 Minuten.

EMIL MAYER.

58) **Frederick G. Smith. Gegen Heufieber. (For hay fever.)** *Journ. Americ. Med. Assoc. 12. August 1899.*

Rp. Menthol 1,2
Ol. amygdal. dulc. 7,5
Acid. carbol. 0,6
Cocain hydrochlor. 0,36
Ung. zinc. oxydat. 15,0.

M. D. S. Mittelst Wattebausch in die Nase zu appliciren. EMIL MAYER.

59) **J. A. Thompson. Kopfschmerzen aus nasalen Ursachen. (Headaches from nasal causes.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 14. Januar 1899.*

Nichts von besonderem Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

60) **Joseph A. White. Kopfschmerzen vom Auge und von der Nase aus. (Headaches ocular and nasal.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 10. Febr. 1899.*

Die hartnäckigsten Kopfschmerzen finden sich in Fällen von fester Hypertrophie der mittleren Muschel mit Druck auf das Septum und öfters mit Verwachsungen, gewöhnlich knöchener Natur, zwischen beiden. EMIL MAYER.

61) **A. D. Mc Conachie. Der Kopfschmerz, seine Ursachen und Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der nasalen und ocularen Kopfschmerzen. (Headaches causes and treatment with special reference to nasal and ocular headaches.)** *Maryland Med. Journal. 4. März 1899.*

Kopfschmerz kann durch verschiedenartige Zustände, die Druck und Stenosen in der Nase erzeugen, zustande kommen, aber selten durch atrophische Processe.

EMIL MAYER.

62) **T. Wilkinson Jersey. Kopfschmerz und seine Beziehung zu Krankheiten der Augen, Ohren, des Halses und der Nase. (Headache and its relation to diseases of the eye, ear, throat and nose.)** *N. Y. Medical Record. 11. März 1899.*

Die sehr ausführliche Arbeit enthält nichts Neues oder Originelles. Nach seiner eigenen oft wiederholten Versicherung betrachtet es der Verf. als seine Aufgabe, den Allgemeinpractiker über den dem Specialisten geläufigen Zusammenhang gewisser Kopfschmerzen und lokaler Erkrankung in Ohr, Auge, Nase und Hals zu informiren. LEFFERTS.

63) **Parmentier. Das Kopfweh und die Nasenaffectionen. (Le mal de tête et les affections du nez.)** *Le Progrès Méd. Belge. No. 10. 1899.*

Studie von allgemeinem Interesse über das den Lesern dieser Zeitschrift geläufige Thema. BAYER.

64) **M. Hajek** (Wien). **Ueber den Kopfschmerz bei Erkrankungen der Nase und deren Nebenhöhlen.** Wiener medicin. Club, Sitzung vom 22. Februar 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 10 u. 18. 1899.*

Abgesehen von den ulcerativen Processen kommen zweierlei Erkrankungen der Nase in Betracht: Die Affectionen der Nasenhöhlen und einzelne hypertrophische Veränderungen der Nasenschleimhaut. — Erstere haben wegen ihres häufigeren Vorkommens eine grössere Bedeutung. Der bei Erkrankungen der Nebenhöhlen vorkommende Kopfschmerz kann neuralgischer Natur sein, oder von unbestimmtem Charakter, oder endlich in Form einer Hemicranie. — Hajek räth beim Kopfschmerz nie die Untersuchung des ganzen Körpers ausser Acht zu lassen. — Im Anschlusse an den Vortrag folgt die Discussion, die nichts Neues zu Tage fördert.

CHIARI.

65) **Redact. Notiz. Kopfschmerz aus nasalen Ursachen. (Headache from nasal causes.)** *N. Y. Med. News. 8. April 1899.*

Eine belegte Zunge weist öfter auf Mundathmung hin, als auf Dyspepsie.

Wenn Cocainisirung der Nase den Kopfschmerz lindert, so ist dessen nasaler Ursprung dadurch wahrscheinlicher. Ebenso spricht für letzteren Zunahme des Schmerzes im Kopfe bei Berührung einer erkrankten Partie in der Nase mit der Sonde. Diese Proben aber sind nicht immer beweisend. Bisweilen entscheidet erst der Erfolg der Therapie die Diagnose.

LEFFERTS.

66) **E. L. Vansant. Eine neue und erfolgreiche Behandlungsweise für gewisse Formen von Kopfschmerz, Taubheit und Ohrenklingen. (A new and successful treatment for certain forms of headache, deafness and tinnitus aurium.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

Bemerkenswerth schnelle und gute Resultate wurden erzielt durch das einfache Mittel der Einleitung eines heissen trockenen Luftstroms unter einigem Druck in die Nasennebenhöhlen und die Eustachische Tube. Die prompte Beseitigung der Schmerzen durch diese Methode erklärt Verf. dadurch, dass der Schmerz durch die Retention von Gasen oder Flüssigkeiten in den Nebenhöhlen verursacht wird und die Heissluftdouche die Abflusswege freilegt.

EMIL MAYER.

67) **Max Carrière. Lebender Fremdkörper in der Nase. (Corps étranger vivant des fosses nasales.)** *Gazette hebdom. de Medecine et de Chirurgie. 24. November 1898.*

Ein umfangreicher Abscess der Nasenscheidewand, hervorgerufen durch das Vorhandensein einer Insectenlarve. Die Incision führte schnelle Heilung herbei.

PAUL RAUGE.

68) **F. Meyer** (Darmstadt). **Ein Beitrag zur Frage der Entstehung der Nasensteine.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 64. 1899.*

M. entfernte einer 35 jährigen Frau einen Nasenstein, dessen Kern ein Knopf bildete, den die Pat. in ihrem 5. Lebensjahre in die Nase eingeführt haben will. Die Betrachtungen, die Verf. an den Fall anschliesst, führen ihn zu dem Schlusse, dass zur Bildung eines Steins, speciell des Nasensteins, gehört:

1. Eine individuelle örtliche Disposition der Schleimhaut, die natürlich oder durch Catarrhe erworben sein kann.

2. Eine physiologisch stärkere oder pathologisch vermehrte Secretion.

3. In vielen Fällen, speciell für die Nasensteine wohl in fast allen Fällen, das Vorhandensein oder Hinzukommen eines, wenn auch mikroskopisch kleinen Fremdkörpers.

4. Bei lokaler Disposition und stärkerer Secretion genügt unter Umständen schon das Vorhandensein einer anatomischen Differenz oder Stauung zur Entstehung eines Secretes.

F. KLEMPERER.

69) **G. Ostino. Ein Fall von Rhinolith. (Un caso di rinolite.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. 3. Juni 1898.*

Die chemische Analyse des Urins ergab: Wasser 3,78 pCt., organische Substanz 17,57 pCt. und mineralische 82,43 pCt. Die anorganischen Bestandtheile setzen sich zusammen aus phosphorsaurem Kalk, phosphorsaurer Magnesia, Calciumcarbonat, kleinen Mengen von Eisenphosphat und Spuren von Sulfaten.

FINDER.

70) **Sakheew** (Moskau). **Ein Fall von besonders grossem Fremdkörper (Rhinolith) in der Nase. (Slutschai osohenno bolschowa inorodnawo tela w nosu.)** *Chirurgia. Bd. VI. No. 31. 1899.*

Ein Stück Holz, das beim Fallen in die Nase des Patienten gerathen war, wurde nach 19 Jahren entfernt.

P. HELLAT.

71) **Vulpius. Zur rhinologischen Casuistik.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. 28.*

Ein beim Essen in die Nase gehustetes Knochenstück setzt sich im mittleren Nasengange fest, bewirkt Entzündung und sehr starke Anschwellung in der Umgebung. Eine ungeschickte Zangenoperation macht einen geschwürähnlichen Defect auf der Anschwellung und verwischt das Bild derart, dass die Diagnose anfänglich zwischen maligner Neubildung und Kiefernhöhlenempyem schwankte.

ZARNIKO

72) **Wladimiroff** (Moskau). **Eine Schlinge zur Extraction von Fremdkörpern aus der Nase bei Kindern.** *Arch. f. Kinderheilkund. XXVI. Bd. 5., 6. Heft. 1899.*

Das von W. empfohlene Instrument besteht aus zwei metallischen Schlingen mit völlig stumpfen Rändern, die Enden der Schlingen sind unter einem stumpfen Winkel gekrümmt und haben eine gewisse Aehnlichkeit mit einem Comedonenquetscher. Die Einführung der Schlinge ist sehr einfach (hat aber keinen wesentlichen Vorzug vor einer entsprechend gekrümmten Knopfsonde, Ref.)

SEIFERT.

73) **H. Cordes. Eine Modification am Schötz-Krause'schen Doppelmeissel.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. No. 3. 1899.*

Beschreibung und Abbildung des von H. Windler in Berlin zu beziehenden Instrumentes zur Entfernung von Spinen und Cristen der Scheidewand.

SCHECH.



74) **Ernest Hall. Ein neuer Stütz- und Messapparat an der Nasensäge. (A new supporting gauge for nasal saw.)** *N. Y. Med. Record. 18. Februar 1899.*

Beim Gebrauch der Nasensäge hatte Verf. manchmal Schwierigkeiten, die Tiefe, bis zu der die Säge vordrang, genau zu bestimmen, und gelegentlich drang dieselbe noch in die hintere Rachenwand ein. Er hat deshalb einen besonderen Apparat zur Bestimmung der Tiefe construirt, dessen Beschreibung und Abbildung im Original nachzusehen ist. Der Praktiker wird wahrscheinlich nach wie vor auf seinen Tastsinn sich verlassen und ohne dieses Instrument auskommen.

LEFFERTS.

75) **L. G. Doane. Eine Behandlungsmethode für Nasenkrankheiten. (A method of treating nasal diseases.)** *Med. Progress. Juni 1899.*

Nichts Ungewöhnliches. EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

76) **Goris. Enchondrom der Unterkieferdrüse. (Enchondrome de la glande sous-maxillaire.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 31. 1899. Annal. de la Soc. Méd.-Chir. du Brabant. No. 8. 1899.*

In der med. chir. Gesellschaft von Brabant, Sitzung vom 25. Juli 1899, zeigte G. 2 Präparate von einem Enchondrom vor, in dessen Innern sich ein kleiner Stein befindet, welcher wahrscheinlich den Ausgangspunkt der Neubildung bildet. Die Drüse selbst konnte erhalten werden. BAYER.

77) **W. Freudenthal. Zwei Fälle von Speichelstein in den Submaxillardrüsen. (Two cases of salivary calculus in the submaxillary glands.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Vorstellung der beiden Fälle. EMIL MAYER.

78) **Dufour. Mumps der Unterkieferdrüse. (Oreillon de la glande sous-maxillaire.)** *La Clinique. No. 18. 1899.*

Mittheilung im Cercle Méd. von Brüssel, Sitzung vom 7. April 1899, von einem Fall von plötzlicher Anschwellung der Unterkieferdrüse bei einem 8jährigen Knaben, bei welchem sich einige Tage später ein regelrechter Mumps entwickelte, von dem ebenfalls seine Schwester befallen wurde. BAYER.

79) **Robert W. Tate. Ludwig'sche Angina. (Ludwig's angina.)** *Memphis Lancet. Juli 1899.*

Bericht über 2 Fälle, die beide durch cariöse Zähne verursacht waren. Im Fall 1 starb der Pat., ein $4^1/_2$ Jahre altes Kind; die Section ist gemacht. Fall 2 — das Alter des Pat. ist nicht angegeben — kam zur Heilung. EMIL MAYER.

80) **Marfan** (Paris). **Die membranöse Angina der folliculären Form und die Diagnose der Halsbeläge. (Angine pultacée cryptique. Diagnostic des angines blanches.)** *Bulletin médical. 22. Februar 1899.*

Bei der Vorstellung eines Kindes mit folliculärer oder cryptischer Angina stellt M. folgende Regeln auf.

1. Eine acute primäre Angina mit cohärenten Membranen ist a priori als diphtheritisch zu betrachten und mit Serum zu behandeln vor der bakteriologischen Untersuchung, die sich übrigens zur Bestätigung der Diagnose an die Injection stets anschliessen soll.

2. Die punctirten oder diffusen Anginen sind nicht als diphtheritisch anzusehen und daher erst zu injiciren, wenn die bakteriologische Untersuchung — was selten der Fall ist — doch Diphtheriebacillen erweist.

3. In allen zweifelhaften Fällen macht man zweckmässiger Weise eine Injection, ohne das Ergebniss der bacteriologischen Untersuchung abzuwarten.

PAUL RAUGÉ.

81) **Du Mesnil de Rochemont. Ist es nothwendig, Anginakranke zu isoliren?** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1899.*

Der Autor bejaht die Frage und beweist die Richtigkeit seiner Ansicht durch die Thatsache, dass durch eine im Altonaer Krankenhause liegende, wegen acuten Gelenkrheumatismus verpflegte und ohne nachweisbaren Grund an Angina erkrankte Patientin, eine Epidemie entstand, wobei von 67 Patienten 18 im Laufe eines Monats ebenfalls an Angina erkrankten.

SCHECH.

82) **H. Zeehuisen** (Utrecht). **Klinische Wahrnehmungen über Angina non-diphtherica. (Klinische waarnemingar over angina non-diphtheritica.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 23. 1899.*

Z. hat 72 Fälle von Angina bei Soldaten klinisch beobachtet und bacteriologisch untersucht. Darunter waren 5 Fälle von catarrhalischer Angina, 3 von phlegmonöser Angina. Die übrigen waren folliculärer Natur; darunter 16 Fälle, bei denen eine mehr zusammenhängende, confluirende Exsudatmasse beobachtet wurde. Die bacteriologische Untersuchung ergab indessen ziemlich übereinstimmende Resultate. Im Ganzen wurden bei den 72 Anginae 32mal Streptokokken, 10mal Staphylokokken (5 albus, 5 aureus), 25mal Strepto- und Staphylokokken (13 albus, 12 aureus), 1mal Streptokokken und ein kurzes Stäbchen, 1mal Strepto- und Diplokokken, 1mal Strepto-, Diplo- und Staphylokokken, 1mal Strepto- und Diplokokken und ein kurzes Stäbchen und 1mal ein kurzes Stäbchen in Reincultur gefunden. Ausserdem wurde der Löffler'sche Bacillus 3mal, der Pseudodiphtheriebacillus 2mal angetroffen. Die Virulenz der aus 22 Fällen erhaltenen Culturen wurde an Mäusen erforscht. Die virulenten Culturen entsprachen im Allgemeinen den klinisch schweren Krankheitsfällen. Die Mikroorganismen als solche hatten in diesen 22 Fällen mit der Virulenz der Maus nichts zu thun. Für nähere Details muss ich auf das Original verweisen.

H. BURGER.

83) **R. Martin. Studie über katameniale Anginen. (Etude sur les angines cataméniales.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Die Kenntniss vom Vorkommen von Anginen bei menstruellen Störungen ist nicht neueren Datums; bereits Hippokrates hat es beschrieben. M. hat 38 Beobachtungen dieser Art gesammelt und folgende Schlüsse daraus gezogen:

a) Anginen folgen häufig auf menstruelle Störungen.

b) Diese Anginen gehören sehr häufig der herpetischen Form an.

c) Von Bacterien wird bei solchen Anginen meist der Streptokokkus angetroffen.

d) Zur Erklärung solcher Anginen darf wohl die physiologische Inferiorität und die Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Organismus während der Menstruation herangezogen werden.

e) Die Behandlung ist dieselbe wie bei jeder anderen Angina; nur ist noch für die Beseitigung der Menstruationsstörungen Sorge zu tragen. PAUL RAUGÉ.

84) **Arslan. Weitere fünf Fälle von Angina und pseudo-diphtheritischer Rhinitis verursacht durch den Bacillus der Schweinesepticämie. (Altri cinque casi di angina e rinite pseudo-difterica infettivo-contagiosa de bacillo della septicaemia dei suini.)** *Bolett. delle malattie dell'orecchio etc. Febr. 1898.*

Es handelt sich um eine Hausepidemie, bei welcher vier Geschwister und eine Magd unter dem Bild der Diphtherie erkrankten, zum Theil die Beläge ausser auf den Tonsillen auch in der Nase zeigten. Die auf Wunsch der Angehörigen vorgenommene Injection von Diphtherie-Heilserum erwies sich als völlig wirkungslos, dagegen genasen alle Patienten unter Anwendung von Gargarismen. Verf. gelang es, in dem Material, das er von den Tonsillen entnommen hatte, denselben Bacillus wiederzufinden, den er bereits in einer früheren Publication als Erreger diphtherieähnlicher Erkrankungen beschrieben und dessen Identität mit dem Bacillus der Schweinesepticämie er erwiesen hatte. FINDER.

85) **Blackader. Die Anginen beim Scharlach. (The anginas of scarlet fever.)** *The Monthly Cyclopaedic of Practical Medicine. Mai 1899.*

Serum soll nur gegeben werden, wenn der Klebs-Loeffler'schen Bacillus vorhanden ist. Eine tägliche Injection von 0,9 einer 3proc. Carbolsäurelösung in die afficirten Gewebe wird empfohlen. Nephritis ist keine Contraindication für diese Behandlung. EMIL MAYER.

86) **Calvin J. Page. Vorläufige Mittheilung über einen aus dem Halse von Scharlachpatienten isolirten Streptococcus. (A preliminary study of streptococci isolated from throat cultures from patients ill with scarlet fever.)** *Journal of the Boston Society of Med. Sciences. 20. Juni 1899.*

Verf. hat 24 Fälle untersucht und in allen bis auf einen in den primären Culturen einen Streptococcus gefunden, den er in den meisten Fällen isoliren konnte. Er beschreibt die bacteriologische Technik seiner Untersuchungen.

EMIL MAYER

87) **Bergé. Erosive Angina nach Scharlach. (Angine érosive post-scarlatineuse.)** *Société de Pediatrie. Paris. 10. October 1899.*

Ein Fall von oberflächlicher Ulceration der Mandel bei einem Mädchen von 4 Jahren 54 Tage nach Ausbruch eines leichten und gutartigen Scharlachs. Die Erosion ist anfangs von Fieber und Drüsenschwellung begleitet, später tritt noch Nephritis hinzu. Die Albuminurie dauerte nahezu einen Monat. Die Angina heilt bald und vollständig, doch bleibt auf der Mandel ein grau-gelblicher Narbenfleck, der noch nach 3 Monaten sehr sichtbar ist. A. CARTAZ.

88) **Carrière. Pseudomembranöse Angina durch Streptococcen mit Lähmung des Gaumensegels. (Angine pseudo-membraneuse à streptocoques. Paralysie du voile du palais.)** *Société médicale des Hopitaux. 10. Februar 1899.*

Es handelt sich um eine pseudomembranöse Angina, bei der das Mikroskop ausschliesslich Streptokokken nachwies, indess 2 Monate später eine Gaumenlähmung eintrat.

PAUL RAUGÉ.

89) **Le Damany. Eine Epidemie von einfacher Streptococcen-Angina. (Une epidémie d'angines simples à streptocoques.)** *Presse méd. 15. Nov. 1899.*

Die Epidemie trat im Winter 1898/99 in Rennes auf. Zur Beobachtung kamen etwa 100 Fälle, von denen die Hälfte bacteriologisch untersucht wurde. Die Entstehung durch Influenza kann bis auf einige wenige Fälle mit Gewissheit ausgeschlossen werden; es gab damals keine Grippe in der Stadt, und es wurde in keinem Falle der Influenzabacillus gefunden.

Bemerkenswerther Weise ergaben die Culturen in allen den verschiedenen Fällen, trotz ihres offenbar verschiedenen klinischen Aussehens, Streptokokken, bald rein (in $^1/_4$ der Fälle), bald untermischt mit Staphylokokken.

Das klinische Bild dieser Anginen liess 2 Gruppen unterscheiden. Die erste umfasst alle die Fälle, in denen die Angina als wesentliche Läsion in den Vordergrund trat: dazu gehören 13 Fälle von bläschenförmiger oder herpetischer Angina, 1 Fall von pseudomembranöser Angina und 21 Fälle von erythematöser Angina. Die zweite Gruppe umfasst die ganz leichten Anginen, bei denen mehr andere Erscheinungen an den oberen Luftwegen (complicirende Coryza 1mal, Laryngitis 2mal, Tracheobronchitis 2mal etc.) im Vordergrund standen.

Ein hervorstechender Zug der ganzen Epidemie war die Häufigkeit des gutturalen oder facialen Herpes. Von Interesse ist namentlich der gleichmässige Befund von Streptokokken bei allen den recht verschiedenartigen Anginen. Es bestätigt dieser Befund die Ansicht Lemoine's, dass alle acuten Anginen streptokokkisch sind.

A. CARTAZ.

90) **August Jerome Lartigan u. Andrew Mc Farlane. Acute Angina. (Acute angina.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

Ein Fall von Angina, bei dem der Tetragenus in Reincultur gezüchtet wurde. Dieser Coccus wurde bis vor Kurzem als reiner Saprophyt ohne Bedeutung angesehen. Es hat sich aber gezeigt, dass er auch eine pathogene Rolle im menschlichen Körper zu spielen vermag. Vom Aussehen des Halses in Fällen von Tetragenus-Angina wird gesagt, dass derselbe wie mit Sand überstreut erscheint.

EMIL MAYER.

91) **A. Billot. Zwei neue Fälle von Angina mit Friedländer'schen Bacillen. (Deux nouveaux cas d'angine à bacille de Friedlaender.)** *Presse médicale. 8. März 1899.*

Der erste Fall wies neben dem Friedländer noch den kurzen Löffler-schen Bacillus auf, der zweite nur Friedländer'sche Bacillen auf. In Uebereinstimmung mit Nicolle und Hébert sieht B. als charakteristisch für die Pneumobacillen-Angina an:

1. die Form der Pseudomembran, die den unterliegenden Geweben sehr fest adhärent und mit weissen Punkten durchsetzt ist;

2. die Benignität der Allgemeinerscheinungen, das Fehlen von Fieber und Drüsenschwellung, von Dysphagie und Prostration.

PAUL RAUGÉ.

92) **G. Schneider** (Oran). **Angina mit spindelförmigen Bacillen von Vincent. (Angine à bacilles fusiformes de Vincent.)** *Presse méd. 17. Juni 1899.*

Ein neuer Fall dieser Abart von Angina. Der Fall wurde anfangs als syphilitischer Mandelschanker angesehen, da eine Ulceration mit starker Drüsenschwellung vorlag. Die bacteriologische Untersuchung ergab aber in dem aus Fibrin und Eiterkörperchen gebildeten Exsudat sehr zahlreiche spindelförmige Bacillen, theils isolirt, theils in Haufen liegend, zusammen mit reichlichen Spirillen. Das Geschwür auf der Mandel heilte in 6 Tagen unter Pinseln mit Jodtinctur und Gurgeln mit Chlorkali.

PAUL RAUGÉ.

93) **C. Nicolle. Die ulcerös-membranöse Angina mit spindelförmigen Bacillen und Spirillen. (L'angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles.)** *Normandie méd. 1. Juni 1899.*

Bericht über zwei neue Fälle. Im ersten bestand gleichzeitig eine Ulceration der Lippe von demselben Ausnehen, das die Ulceration der Mandel hatte. Ferner wurden im oberen Theile des Gesichts einige ödematöse Stellen ohne Erythem oder Farbenveränderung der Haut constatirt, die auf Druck sehr schmerzhaft waren. Im zweiten Falle trat im Verlauf der Angina ein polymorphes Erythem mit papulösen und nodösen Elementen auf. N. betrachtet diese Art der Angina als identisch mit der ulcerös-membranösen Stomatitis.

A. CARTAZ.

94) **Letulle** (Paris). **Acute ulceröse Streptococcen-Angina. (Angine aigue ulcéreuse streptococcique.)** *Société anatomique. 7. Juli 1899.*

L. berichtet über 2 Fälle von acuter Angina mit weiten Ulcerationen am Gaumensegel, an den Gaumenbögen, den ary-epiglottischen Falten und der Schleimhaut der Aryknorpel. In der gesammten Ausdehnung der Geschwüre fanden sich Streptokokken.

Beide Fälle endeten letal.

PAUL RAUGÉ.

95) **A. Panoff. Die schankerartige ulcerös-membranöse Angina und die ulcerös-membranöse Stomatitis mit spindelförmigen Vincent'schen Bacillen und Spirillen. (De l'angine ulcéro-membraneuse chancriforme et de la stomatite ulcéro-membraneuse avec bacilles fusiformes de Vincent et spirilles.)** *Thèse de Nancy. 1899.*

Die ulceröse Amygdalitis und Stomatitis scheinen ein und dieselbe Krankheit mit verschiedener Localisation zu sein. Sie bestehen in manchen Fällen thatsächlich nebeneinander und bei beiden findet man dieselben Bacterien.

Die Tonsillitis ist anfangs membranös (diphtheroid), später ulcerös, schankerartig. Klinisch ist sie charakterisirt durch die Anschwellung der Sub- und Retromaxillardrüsen, durch Dysphagie, übelriechenden Athem und Fiebertemperatur. Die Krankheitsdauer beträgt 14 Tage bis 3 Wochen.

Die Diagnose bietet manchmal Schwierigkeiten. Zur Therapie empfiehlt P. reichliche Spülungen mit Labarraque'scher Lösung und Pinselungen mit Jodtinctur und Mentholcampher.

P.'s Arbeit fasst einschliesslich 14 eigener neuer Fälle 133 Beobachtungen dieser Form von Angina zusammen. A. CARTAZ.

d. Diphtheritis und Croup.

96) **L. Cobbett. Die Widerstandskraft von Ratten gegen Diphtheriegift. (The resistance of rats to diphtheria toxin.)** *Brit. Med. Journal. 15. April 1899.*

Ratten werden nach C.'s Experimenten erst durch das 1500—1800fache der für Meerschweinchen tödtlichen Dosis von Diphtherietoxin getödtet. Das Serum dieser refractären Thiere aber schützt wenigstens in einer Menge von 1,0 ccm Meerschweinchen nicht in erkennbarer Weise. ADOLPH BRONNER.

97) **Alfred Coles. Eine Modification der Neisser'schen Färbung für Diphtheriebacillen. (A modification of Neisser's diagnostic stain for the diphtheria bacillus.)** *Brit. Med. Journal. 20. Mai 1899.*

C.'s Vorschrift lautet:

1. Verstreichen der Cultur anf Deckgläschen oder Objectträgern; vorzuziehen das letztere.

2. Fixirung auf die gewöhnliche Art durch Hitze oder in absolutem Alkohol und Aether ana.

3. Färbung in Neisser'schem Methylenblau 10—30 Secunden.

4. Waschen und 10—30 Secunden in Gram'sche Lösung in Weigert'scher Modification (Jodi 1,0, Kalii jodat. 2,0, Aqu. 200) tauchen.

5. Gründlich in Wasser abwaschen und 10—30 Secunden lang in starker Vesuvinlösung färben.

6. Trocknen und in Canadabalsam einbetten. ADOLPH BRONNER.

98) **Joos. Untersuchungen über Diphtheriediagnose. Ein neues und verbessertes Culturverfahren für den Nachweis von Diphtheriebacillen im Exsudate und Erlangung von Reinculturen. Analyse von Dr. Suci.** *Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. Juni 1898.*

J. hat ein Serum hergestellt, welches bei 100° sterilisirt und in Platten gegossen werden kann, ohne das Serum zu coaguliren, dank einer alkalischen Action (Zusatz von Sodalösung). Die Diagnose kann nach 5—6 Stunden, aber immer nach 12—15 Stunden (im Brutofen bei 37°) gestellt werden. BAYER.

99) **Glücksmann** (Dzialoszyn). **Ueber die bakteriologische Diagnose der Diphtherie.** Züricher Dissertat. Leipzig 1897 bei Veit & Comp.

100) **Bernheim** (Zürich). **Ueber die Pathogenese und Serumtherapie der schweren Rachendiphtherie.** Doctordissertat. aus Zürich. Leipzig u. Wien bei Fr. Deutike. 1898.

101) **Blatter** (Aarau). **Ueber die neueren Resultate der Diphtheriebehandlung**

der chirurgischen Klinik in Zürich mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie. Doctordissertat. aus Zürich. Jena b. Fischer. 1898.

Namentlich letztere Arbeit werthvolles Material behandelnd bezüglich der Serumtherapie, gegenüber der früheren Diphtheriebehandlung ohne Serum. Der Standpunkt dieser Arbeiten enthält nicht mehr wesentlich Neues.

Alle 3 Arbeiten sind für die Sammelforschung in dieser Frage zu notiren.

JONQUIÈRE.

102) **Rüttimann** (Bern). **Statistischer Beitrag zur Epidemiologie der Diphtherie im Kanton Zürich überhaupt in den Jahren 1881—1887 und speciell in den Bezirken Winterthur und Andelfingen in den Jahren 1884—1886.** Berner Dissert. Bern b. Stämpfli. 1899.

Statistisch sehr schöne genaue Bearbeitung des Materials von 345 Fällen nach allen Richtungen mit vielen graphischen Tafeln. Wie Verf. selbst sagt, sind die gewonnenen Resultate ärmlich, z. Th., weil die Fragebogen nicht genau verfasst waren. Als allgemeine Schlüsse seien angeführt: Die Frequenz der D. ist am grössten um das dritte Lebensjahr herum. Das weibliche Geschlecht ist stärker betheiligt als das männliche. Die Krankheitsfälle stehen um so schlechter in der Prognose, je mehr Localisationen der Beläge vorhanden sind. Bestimmte Witterungsfactoren hatten unbestreitbaren Einfluss auf die Ausbreitung der Epidemie. Die Curve der mittleren Feuchtigkeit stimmt mit derjenigen der Morbidität überein. Von der Temperatur war die Epidemie in der Weise abhängig, dass sich die Morbiditätscurve bei Kälte um 2 Monate postponirend erhöhte. JONQUIÈRE.

103) **H. L. Russell. Der Diphtheriebacillus; seine Persistenz im Munde von Reconvalescenten. (The diphtheria bacillus. Its persistence in the mouths of convalescents.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

R. fand in 3 Fällen virulente Diphtheriebacillen $4^1/_2$, $3^1/_2$ und 2 Monate nach dem Ausbruch der Krankheit im Munde der betreffenden Patienten. Derartige Fälle erklären den Ausbruch scheinbar sporadischer Erkrankungsfälle.

EMIL MAYER.

104) **G. Garrett u. J. Washbourn. Eine systematische bakteriologische Untersuchung des Halses bei Scharlachfieber als ein Mittel zur Verhütung von postscarlatinöser Diphtheritis. (A systematic bacteriological examination of the fauces in scarlet fever as a means of preventing postscarlatinal diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 15. April 1899. The Canadian Journal of Medicine and Surgery. August 1899.*

Bei 666 Fällen von Scharlach im London Fever Hospital wurde der Hals bacteriologisch auf Diphtheriebacillen untersucht. Nur in 7 Fällen wurden Bacillen, die morphologisch dem Loeffler'schen Bacillus glichen, bei der Aufnahme constatirt. Der Hoffmann'sche Bacillus wurde 21 mal gefunden. Die postscarlatinöse Diphtherie kann nur durch die Aufnahme unerkannt gebliebener Diphtheriefälle auf die Scharlachabtheilung erklärt werden. ADOLPH BRONNER.

105) **Berlioz. Die Diphtheriesterblichkeit in Grenoble im Jahre 1898. (La mortalité par diphthérie à Grenoble en 1898.)** *Dauphinée Medicale. Juni 1899.*

Von 31 zur Anzeige gekommenen Fällen starben 5, d. h. 16 pCt. Von den Fällen, bei denen frühzeitig Serum injicirt wurde, starben nur 3 pCt.

PAUL RAUGÉ.

106) **F. Massei. Der latente Croup (Diphtherie?). (Il crup latente.)** *Archiv. Ital. di Laringologie. April 1898.*

Der Verlauf der vom Verf. an der Hand eines von ihm beobachteten Falles geschilderten Form von Croup ist der, dass nach wochenlangem Bestehen geringfügiger Athembeschwerden plötzlich das Bild einer hochgradigen Larynxstenose entsteht. Es fehlt Fieber und sonstige Allgemeinerscheinungen ebenso wie irgend welcher positive Befund im Rachen und nur auf Grund laryngoscopischer Untersuchung gelangt man in dazu geeigneten Fällen zur exacten Diagnose. In dem vom Autor mitgetheilten Fall konnte man deutlich ein weisses Exsudat auf der linken Stimmlippe konstatiren. Obwohl die bacteriologische Untersuchung des hiervon entnommenen Materials auf Löffler-Bacillen negativ ausfiel, entschloss sich Verf. doch, 1000 I.-E. Antidiphtherieserum zu injiciren, worauf Heilung eintrat. Verf. knüpft hieran einige allgemeine Bemerkungen über Croup überhaupt, aus denen hervorgeht, dass er ein unbedingter Anhänger der Serumtherapie ist. Während die Mortalität vor Einführung derselben bei Croup 75 pCt. betrug, hat er jetzt 75 pCt. Heilungen zu verzeichnen. Er räth, in jedem Fall, wo der Verdacht auf Larynxcroup besteht, sich nicht mit Bemühungen, zu einer exacten Diagnose zu gelangen, übermässig aufzuhalten, sondern möglichst frühzeitig zu einer Seruminjection zu schreiten und zwar empfiehlt es sich, ein Serum von nicht zu geringem Immunitätswerth anzuwenden.

FINDER.

107) **Broeckaert. Ueber die primäre Diphtheritis der Pharynxtonsille. (De la diphthérie primaire de l'amygdale pharyngées.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 9. 1899. La Belgique Méd. No. 5. 1899.*

Nach B. ist diese Localisation häufiger als man glaubt. Beobachtung eines Falls bei einem 14jährigen Mädchen mit schmerzhafter Anschwellung der Unterkieferdrüsen und dickem Belag von Pseudomembranen auf der ulcerirten Pharynxtonsille. Die Culturen erwiesen: Löffler'sche Bacillen, zahlreiche Staphylococcen, wenig Streptococcen, Heilung beinahe spontan, woraus der Autor auf eine relative Benignität dieser Form von Diphtheritis zu schliessen sich berechtigt glaubt, obgleich dieselbe ernstliche Gefahren für Ansteckung nicht ausschliessen lasse.

BAYER.

108) **F. Edgeworth. Ein Fall von Diphtherie mit letalem Ausgang durch einen Thrombus in der Basilararterie. (Case of diphtheria in which death resulted from a clot in the basilar artery.)** *Lancet. 10. Juni 1899.*

9jähriger Knabe mit Diphtherie; die rechte Lungenspitze ist leicht infiltrirt. Behandlung mit Serum. Albumen. Rechtsseitige Gaumenlähmung, Am 27. Tage der Krankheit Opisthotonus; dann tonischer Krampf aller Muskeln ausser denen des Gesichts. Hohes Fieber.

Bei der Section fand sich der nicht der Wand adhärente Thrombus in der oberen Partie der Basilararterie. ADOLPH BRONNER.

109) **J. A. Forsland. Schwefelpräcipitat bei Diphtheritis. (Precipitated sulphur in diphtheria.)** *Medical Brief. Juni 1899.*

F. rühmt den Nutzen 3 mal täglicher Insufflation von Schwefelpräcipitat.

EMIL MAYER.

110) **Gosset. Die Localbehandlung der diphtheritischen Angina. (Traitement local de l'angine diphthérique.)** *Union Médicale du Nord-Est. 30. Juni 1899.*

G. hat mit Argentum nitricum gute Resultate erzielt. PAUL RAUGÉ.

111) **Roulin. Diphtheritische Angina geheilt durch Douchen von Natrium phenolicum. (Angines diphthériques guéries par les douches de phénate de soude.)** *Paris. 14. Mai 1899.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von diphtheritischer Angina, beide bacteriologisch untersucht — der eine mit reinem Diphtheriebacillenbefund, der andere eine Mischinfection — die beide unter Spülung mit phenolsaurem Natrium heilten.

Verf. schliesst, dass das Serum nicht unerlässlich für die Heilung der Diphtherie ist. A. CARTAZ.

112) **A. Boddaert. Die chinesische Behandlung der Diphtheritis. (Le traitement chinois de la diphthérie.)** *Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. Mars 1899.*

Die chinesische Behandlung der Diphtheritis besteht aus 3 Theilen:

1. einem Pulver zur Localbehandlung,
2. einem Trank, innerlich,
3. einem geeigneten Regime.

Mortalität 20 pCt. Die Details müssen im Text nachgelesen werden.

BAYER.

113) **Samuel S. Anders. Die Erfolge der Serumanwendung bei Diphtherie zu Immunisirungszwecken. (The results in administering the antitoxin of diphtheria as an immunizing agent.)** *Archives of Pediatrics. Juni 1899.*

Es erhielten 422 Kinder die Immunisirungsdosis. Der Verf. spricht sich dahin aus, dass ein bestimmtes Urtheil über den Werth des Serums als Immunisirungsmittel bisher nicht möglich ist. Je grösser die Dosis, um so länger dauert die Immunität an. Auf die Nieren übt die Immunislrungsdosis keinen schädlichen Einfluss. Urticaria kam nur in 2 Fällen vor. EMIL MAYER.

114) **Palmer H. Lyon. Diphtheritis und Serumtherapie in der allgemeinen Praxis. (Diphtheria: the serum treatment in general practice.)** *N. Y. Med. Journal. 3. Juni 1899.*

Verf. ist Anhänger des Serums und verlangt seine möglichst ausgiebige und frühzeitige Verwendung zu Heil- und Immunisirungszwecken. LEFFERTS.

115) **J. E. Herman. Der mangelnde Erfolg der Serumtherapie bei Diphtheritis. (Failure of antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *Med. Review. 24. Juni 1899.*

Bis die Diphtheriemortalität tiefer herabgedrückt ist, als sie jemals vor der Einführung des Serums war, so lange muss nach H. die Serumtherapie als ein Misserfolg angesehen werden.

EMIL MAYER.

116) **C. Bolton. Die Complicationen der Serumbehandlung bei Diphtheritis. (The complications of the serum treatment of diphtheria.)** *Lancet. 1. April 1899.*

Sorgfältige Beobachtungen an über 100 Fällen. Exantheme — die dem Pferdeserum allein zuzuschreiben sind, ob das Thier immunisirt wurde oder nicht — kamen bei 43,2 pCt., Schmerzen bei 7,4 und Fieber bei 3,6 pCt. vor.

Der Ausschlag tritt in zwei Formen auf, als Urticaria oder als Erythem. Von letzterem sind 4 Arten zu unterscheiden, das multiforme, das einfache, das scarlatinöse und das morbillöse Erythem.

Die Schmerzen sind vornehmlich in den Gelenken localisirt, am häufigsten in den Kniegelenken. Ein Erguss ist nicht oft vorhanden.

Die Temperatursteigerung nach der Seruminjection kommt meist nur in solchen Fällen vor, die Ausschlag und Schmerzen zeigen.

Von 100 Fällen hatten 54 Albumen. Von 100 anderen Diphtheriefällen, die nicht mit Serum behandelt waren, hatten nur 24,1 pCt. Albumen.

ADOLPH BRONNER.

117) **C. W. Richardson. Die Intubationen eines Jahres. (A year's work in intubation.)** *The National Medical Review. Juni 1899.*

31 Fälle wurden intubirt; von ihnen starben 6. Alle hatten Serum erhalten. Das Alter, bei dem die Intubation am meisten Schwierigkeiten macht und am wenigsten Erfolge hat, ist 18—36 Monate.

EMIL MAYER.

118) **L. Sourdille. Diphtheritische Laryngitis, prolongirte Intubation von über 10 Tage — 250 Stunden — langer Dauer. (Laryngite diphthérique, tubage prolongé pendant près de 12 jours, 250 heures.)**

Das 2jährige Kind kam zur Heilung. Die Intubation konnte trotz Seruminjection nicht vorher abgebrochen werden.

A. CARTAZ.

119) **A. E. Mitchell. Intubation gegen Tracheotomie bei Diphtheritis. (Intubation versus tracheotomy in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 3. Juni 1899.*

M. vergleicht den Werth der Intubation mit dem der Tracheotomie bei der Diphtherie und verwirft die erstere: 1. weil sie leicht lockere Membranstücke in die Trachea hinabstösst, wodurch die Gefahr momentaner Erstickung erzeugt wird; 2. weil sie so erhebliche Ernährungsschwierigkeiten macht; 3. weil sie leicht Ulcerationen an den geschwollenen Stimmbändern mit bleibender Schwächung der Function verursacht; 4. weil sie das Auswerfen von Membranfetzen, Trachealsecreten etc. eher erschwert als erleichtert und 5. weil im Falle des Aushustens der Tube die Wärterin allein ganz ausser Stande ist, sie wieder einzuführen.

LEFFERTS.



120) **C. Comba u. G. Simonetti. Behandlung der acuten Larynxstenosen bei Kindern. (Cura delle laringostenosi acute nei bambini.)** *La Pediatria. No. 3 u. 4. 1899.*

Aus den von den Autoren während der Jahre 1894—1898 an der Kinderklinik zu Florenz gesammelten Beobachtungen geht zunächst herror, dass seit Einführung der Serumtherapie die Sterblichkeit der daselbst wegen diphtherischer Larynxstenose operirten Kinder von 60 pCt. auf 26,58 pCt. zurückgegangen ist. Bezüglich der Frage, ob Intubation oder Tracheotomie, so sehen die Verff. in ersterer in jedem Fall eine moderne Methode, um einer imminenten Lebensgefahr Herr zu werden; sie widerrathen ihre Anwendung bei Kindern unter 2 Jahren, bei Rhachitischen und in Fällen, die mit Bronchopneumonie complicirt sind. Bisweilen muss nach erfolgter Intubation noch die secundäre Tracheotomie gemacht werden, und zwar bei Anwesenheit zahlreicher Membranen in den Luftwegen, von denen eine fortwährende Verstopfung der Tube droht, ferner, wenn eine ausgegedehnte Bronchopneumonie entsteht mit reichlichem schleimig-eitrigem Secret, das nicht gut durch die Tube ausgeworfen werden kann, sodann bei häufigem Aushusten der Tube. Die Autoren stehen auf dem Standpunkte derjenigen, die fordern, dass intubirte Kinder während der ganzen Dauer der Intubation unter fortwährender ärztlicher Bewachung stehen. FINDER.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

121) **Carl Magenau. Statistischer Beitrag zur Frage der lateralen Correspondenz der Lungen-Kehlkopftuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. p. 304. 1899.*

Verf. analysirt 400 Fälle, die auf der Klinik von Prof. Jurasz (Heidelberg) untersucht wurden. Dieselben zerfallen in 65 einseitige, 153 beiderseitige und 182 mediane. Von den einseitigen zeigten nur 26 (= 40 pCt.) eine laterale Correspondenz mit der Lungenaffection, von den doppelseitigen 61 (= 39,9 pCt.) ein Ueberwiegen einer Seite und zwar 22 (= 36,1 pCt.) auf der correspondirenden, 39 (= 63,9 pCt.) auf der nicht correspondirenden Seite. Diese Zahlen stimmen mit den von Krieg gefundenen (vergl. Centralbl. XV. p. 373. No. 116) nicht überein. Der Verf. zieht daraus nicht den Schluss, dass die von Krieg angenommene Infection des Larynx durch die Lymphwege nicht stattfindet, sondern nur den, dass der Beweis derselben durch die Statistik nicht zu führen ist. F. KLEMPERER.

122) **Parmentier. Einige Bemerkungen über die Larynxtuberculose. (Quelques notions sur la tuberculose laryngée.)** *Le Progrès Méd. Belge. No. 2. 1899.*

Revueartikel, von allgemeinem Interesse. BAYER.

123) **A. Trifiletti. Ueber einen Fall von primärer Larynx-Tuberculose. (Sopra un caso di tuberculosi laringea primaria.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Jan. 1898.*

Der Fall soll beweisen, dass, wenn das klinische Verhalten und die im La-

rynx gefundenen Veränderungen Zweifel bestehen lassen, ob es sich um eine Tuberculose handelt, auch die wiederholte Untersuchung des Secrets auf Koch'sche Bacillen negativ ausgefallen ist, die histologische Untersuchung von aus dem Larynx entnommenen Partikelchen das typische Bild der Tuberculose ergeben und so die Diagnose sichern kann. Zweifel, ob es sich hier wirklich um eine primäre Larynxtuberculose handelt, scheinen dem Ref. nicht ganz unstatthaft.

FINDER.

124) **Richmond Mc Kinney. Tuberculöse Laryngitis. (Tubercular laryngitis.)** *Journal of the Mississipi Med. Assoc. August 1899.*

Vorstellung zweier Fälle von primärer Kehlkopftuberculose. EMIL MAYER.

125) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Die Larynxtuberculose. (Larynxtuberkulosen.)** *Hospitals-Tidende. 1. November 1899.*

Zur Illustration der Schwierigkeiten, die Tuberculose des Kehlkopfes klinisch zu erkennen, theilt S. folgenden Fall mit, der in der Universitätsklinik zu Kopenhagen am 14. März 1898 beobachtet wurde. Es handelte sich um einen 60jährigen Mann, der wegen Heiserkeit und Schmerzen beim Schlucken die Klinik aufsuchte. Es wurde eine ulcerative, neoplastische Infiltration der linken Seite des Larynxinnern constatirt. Die Veränderungen waren denen bei tuberculösen Processen ähnlich; jedoch wurden in den excidirten Stücken der Infiltration keine Tuberkelbacillen gefunden. Die mikroskopische Diagnose war: Adenocarcinom.

Am 22. April 1898 wurde die Thyreotomie und Excision des malignen Gewebes vorgenommen, dessen Natur sich jetzt mikroskopisch als Tuberculose zeigte. Es entwickelte sich eine acute miliare Tuberculose, die zum Exitus letalis im Laufe von 7 Wochen führte.

S. macht auf ähnliche Beobachtungen von Gussenbauer, Dehio, Hennig und mehreren Andern, die sämmtlich die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Krebs hervorheben, aufmerksam.

S. erwähnt ausserdem einen Fall von Heiserkeit bei einem Phthisiker, der nicht an Tuberculose des Larynx litt, bei dem vielmehr die Functionsstörung im Kehlkopfe von einer doppelseitigen Recurrensparese herrührte.

Es handelte sich um eine Abductorparese (Intonationsstellung des Stimmbandes) der rechten Seite und eine complete Paralyse des linken N. recurrens (Positio cadaverosa). Das linke Stimmband war atrophisch. In der Ruhe war die Respiration frei, aber etwas stenotisch bei forcirter Inspiration.

SCHMIEGELOW.

126) **J. Boulai** (Rennes). **Ein Fall von Ansteckung mit Tuberculose; Beginn im Kehlkopf, später Allgemeininfection. (Un cas de contagion de la tuberculose. Début laryngé; puis généralisation.)** *Archiv. internat. de laryngol. etc. No. 1. 1899.*

30jähriger Mann, der mit einem vorgeschrittenen Phthisiker in demselben Zimmer arbeitete. Das erste klinisch wahrnehmbare Symptom war eine Ulceration mit Schwellung am Rand der Epiglottis. Tod nach 2 Monaten. E. J. MOURE.

127) **Richmond Mc Kinney. Ein Fall von secundärer Kehlkopftuberculose nach tuberculöser Erkrankung der Lymphdrüsen der Axillar- und Infraclaviculargegend. Behandlung der tuberculösen Laryngitis. (A case of laryngeal tuberculosis secondary to tubercular involvement of the lymphatics of the axillary and intra-clavicular regions; treatment of tubercular laryngitis.)**

Das Wesentliche besagt die Ueberschrift. Das Sputum ist nicht untersucht.

EMIL MAYER.

128) **Raviart. Subcutanes Emphysem des Gesichts, des Halses und Rumpfes in Folge von Perforation des Larynx bei einem Tuberculösen. (Emphysème souscutané de la face, du cou et du tronc dû à une perforation du larynx chez un tuberculeux.)** *Echo Médical du Nord. April 1899.*

Der Patient, ein vorgeschrittener Phthisiker, bekam plötzlich in weiter Ausdehnung am Gesicht, am Halse und in der Schlüsselbeingegend Anschwellungen mit den charakteristischen Crepitationen des Emphysems. Bei der Section fand man einen Abscess, der vom Zungenbein bis zum Sternum sich erstreckte und den Kehlkopf fast vollständig blosgelegt hatte.

PAUL RAUGÉ.

129) **F. E. Sampson. Tuberculose des Kehlkopfs. (Tuberculosis of the larynx.)** *Western Med. Review. 15. Mai 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

130) **L. v. Schrötter** (Wien). **Heilbarkeit der Tuberculose.** Vortrag, geh. am Congresse zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit in Berlin, Mai 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 23. 1899.*

v. Schr. demonstrirt zwei geheilte Fälle von schwerer Lungen- und Kehlkopftuberculose. Tuberculose ist in allen ihren Stadien heilbar. Als geheilt werden jene Fälle bezeichnet, in denen

1. das Allgemeinbefinden, namentlich das Körpergewicht sich gebessert hat:
2. volle Arbeitskraft erlangt worden ist;
3. keinerlei Krankheitserscheinungen nachweisbar sind mit Ausnahme der physikalischen Veränderungen, wie sie der Natur des Ausheilungsprocesses entsprechen.
4. constante Abwesenheit der Tuberkelbacillen;
5. diesbezügliche jahrelange Beobachtung der Patienten.

CHIARI.

131) **Gleitsmann. Ein Fall von Rachen- und Kehlkopftuberculose geheilt nach 18 Monate langer Behandlung. (A case of pharyngeal and laryngeal tuberculosis cured after 18 months treatment.)** *N. Y. Medicinische Monatsschrift. Mai 1899.*

Während der $1^1/_2$jährigen Behandlung entfernte G. 21 mal Stücke des erkrankten Gewebes mit der Doppelcurette. Er injicirte ausserdem in die infiltrirte Zungenbasis 75 100 proc. Milchsäure. Es kam schliesslich alles zur Vernarbung und der Patient scheint jetzt geheilt zu sein.

EMIL MAYER

132) **P. S. Donnellan. Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. Februar 1899. N. Y. Med. Record. 22. April 1899.*

S. empfiehlt 4—6stündliche Einblasungen von Morphium und Acacia (0,015 : 0,6) gegen Husten, Cocain local gegen die Dysphagie und Milchsäure für die tuberculösen Ulcerationen.

EMIL MAYER.

133) **T. J. Gallagher. Formaldehyd bei der Behandlung der tuberculösen Laryngitis. (Formaldehyde in the treatment of tubercular laryngitis.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 4. März 1899. Med. Times and Register. Mai 1899.*

G. cocainisirt vorher und beginnt mit einer $^1/_2$proc. Lösung, von der er allmälig bis zu 10proc. steigt. Seine Schlüsse sind: 1. der Patient kann ohne Bedenken 2- oder 3mal täglich einen Spray von einer Lösung 1 : 500 gebrauchen. 2. Die Dysphagie wird wesentlich gebessert. 3. Die besten Resultate werden erzielt bei den vegetativen und ulcerativen Formen. 4. Der Erfolg ist wahrscheinlich ebenso durch die Einwirkung des Mittels auf die Gewebe, wie durch seinen Einfluss auf die Tuberkelbacillen bedingt. 5. Die stärkeren Lösungen (1—10proc.) sollen nur 2- oder 3mal in der Woche applicirt werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

134) **G. L. Richards. Paramonochlorphenol bei der Localbehandlung der Kehlkopftuberculose. (Paramonochlorophenol in local treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 4. März 1899.*

Das Paramonochlorphenol ist Phenol, in dem ein H durch 1 Cl substituirt ist. Die Gebrauchsanweisung ist folgende. Der Kehlkopf wird mit einer 20proc. Lösung von Cocain ausgepinselt, dann werden die erkrankten Stellen gründlich mit 25proc. Milschsäure gerieben und unmittelbar danach wird eine 4proc. Lösung von Paramonochlorphenol in gleichen Theilen Glycerin und Wasser applicirt. Die Stärke beider Lösungen wird allmälig gesteigert, bis nach Ablauf von 2—3 Wochen die Milchsäure rein und das Paramonochlorphenol in 10proc. Lösung zur Verwendung kommt. — R. berichtet über eine Anzahl von gebesserten und geheilten Fällen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

135) **W. Fowler. Tuberculöse Laryngitis. (Tuberculous laryngitis.)** *N. Y. Med. Record. 4. Februar 1899. Philad. Med. Journ. 18. März 1899.*

F. verordnet gegen das Erbrechen, das sich an die Morgens besonders starken Hustenanfälle anschliesst:

Menthol
Aether sulfur.
Ol. pini sylvestr.
Tct. Jodi aa 7,5
Tct. Benzoin. 30,0

M.D.S. 10 oder mehr Tropfen auf den Schwamm eines Mund-Nasen-Inhalators zu träufeln.

LEFFERTS.

136) **S. S. Bishop. Tuberculose der oberen Luftwege. (Tuberculosis of upper air passages.)** *N. Y. Medical Record. 27. Mai 1899.*

Aristol . . . 10 Theile
Menthol . . . 3 „
Benzoinol . . 87 „
M. D. S. Als Spray zu gebrauchen.

LEFFERTS.

137) **W. Freudenthal. Behandlung der Dysphagie und des Hustens speciell bei Tuberculose. (The treatment of dysphagia and cough especially in tuberculosis.)** *Philad. Med. Journal. 25. März 1899.*

F. hat 29 Fälle curettirt und in 4 damit unmittelbare Besserung erzielt. Er betrachtet den Eingriff stets als ein Experiment. Zufriedenstellende Resultate erhielt er mit:

Menthol 10,0
Ol. amygdal. dulc. 30,0
Vitelli ovi (etwa 2 Gelbeier) 30,0
Orthoform 12,5
Aqua destill. q. s. ad 100,0

F. Emulsio. Die Emulsion wird mit der gewöhnlichen Kehlkopfspritze injicirt.

Heroin innerlich erwies sich als nützlich gegen den Husten. Er verordnet:

Heroin 0,005—0,006—0,01
Extr. Cascarae sagradae 0,03
oder Heroin 0,005 - 0,01
Aloin. 0,06

Schliesslich empfiehlt F. die Lichttherapie. Er lässt das directe elektrische Licht etwa 5 Minuten jedesmal oder bis zur Erhitzung auf den Larynx einwirken. Er beobachtete danach Besserung der Schmerzen und Heilung von Geschwüren.

EMIL MAYER.

138) **Redact. Notiz. Husten bei Kehlkopftuberculose. (Cough in laryngeal tuberculosis.)** *Medical Times and Register. Juni 1899.*

Rp. Codein. sulfur. 0,18
Natr. bromat. 7,5
Syr. Pruni virg. 15,0
Aqua q. s. ad 60,0
M. D. S. 4stündlich 1 Theelöffel voll.

EMIL MAYER.

139) **Kassel. Orthoform. (Orthoform.)** *Merck's Archives. Mai 1899.*

K. gebraucht das Orthoform bei Kehlkopftuberculose zu 25 Theilen auf 100 Olivenöl; er erzielt damit prompte Besserung.

EMIL MAYER.

140) **E. J. Dickerman. Orthoform bei Kehlkopfgeschwüren. (Orthoform in laryngeal ulcerations.)** *Merck's Archives. Mai 1899.*

Bei Kehlkopfgeschwüren, ob sie syphilitischen, lupösen oder tuberculösen Ursprungs sind, wird die Dysphagie durch Orthoform für eine Zeit von 4 bis 6 Stunden beseitigt.

EMIL MAYER.

141) **W. Freudenthal. Die Behandlung der Lungen- und Kehlkopftuberculose mit dem neuen antiphthisischen Serum T. R. (nach der Formel von Fisch) nebst Bemerkungen über die Aetiologie der Krankheit. (Treatment of pulmonary and laryngeal tuberculosis by the new antiphthisic serum T. R. [formula of Fisch] with remarks on the etiology of the disease.)** *N. Y. Med. News. 18. Februar 1899. Canadian Journal of Medicine and Surgery. April 1899.*

F. hat 4 Fälle behandelt. Fall 1 ist etwas gebessert, Fall 2 nicht gebessert, Fall 3 gebessert; Fall 4 ist schlechter geworden. Verf. fordert zu weiteren Versuchen auf.

EMIL MAYER.

142) **Goris. Ueber die Thyrotomie wegen Larynxtuberculose. (De la thyrotomie pour tuberculose laryngée.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 4 et 6. 1899.*

In der Sitzung der Belg. chirurg. Gesellschaft trägt G. seine zwei Fälle von Thyrotomie wegen Larynxtuberculose vor, was die Veranlassung zu einer Discussion giebt, an der sich Dandois, Lavisi, Verneuil und Depage betheiligen. Vergl. Bericht über die Sitzung der belg. oto-laryngolog. Gesellschaft vom November 1898.

BAYER.

143) **T. Massei** (Neapel). **Ein Fall von Lupus des Kehlkopfs. (A proposito di un caso di lupus laringeo.)** *Archiv. Ital. di Laringol. Naples. Januar 1899.*

Der Artikel, dem eine Abbildung beigegeben ist, giebt einen von M. am 30. September 1898 in der Italienischen Gesellschaft für Dermatologie in Turin gehaltenen Vortrag wieder. Die Patientin, ein 9jähriges Mädchen, wurde M. mit der Diagnose: ulcerös-tuberculäres Syphiloderma der Oberlippe zugesandt. Die laryngoskopische Untersuchung ergab eine erhebliche Infiltration der Epiglottis und des Larynx, welche Massei auch für syphilitisch ansah. Er empfahl eine energische antisyphilitische Behandlung, die auch 1 Jahr lang durchgeführt wurde. Als M. die Patientin nach 1 Jahr wiedersah, fand er weder auf der Haut noch im Larynx eine wirkliche Besserung. Vielmehr war jetzt auch Betheiligung der Aryknorpel, Schwäche der Abduction, Heiserkeit und Dyspnoe zu constatiren. M. stellte jetzt die Diagnose auf ulcerativen tuberculösen Lupus. Er fand in dem mit dem scharfen Löffel abgekratzten Gewebe zwar keine Tuberkelbacillen — und auch Injectionen beim Thiere ergaben kein Resultat — aber er constatirte doch Riesenzellen und auch die Epithelzellen der Umgebung waren nach seiner Ansicht charakteristisch. Die Diagnose fand im weiteren Verlauf ihre Bestätigung durch die fortschreitende Cachexie, die acuten Lungensymptome und reichlichen Bacillengehalt im Sputum.

M. zieht folgende Schlüsse: 1. die Differentialdiagnose zwischen lupösen und syphilitischen Processen ist bisweilen am Anfange und auch dann, wenn neben der Schleimhaut auch die Haut afficirt ist, sehr schwierig; 2. die Intubation leistet bei der Stenose des Larynx durch Lupus wesentliche Dienste; 3. die histologische Untersuchung excidirter Stückchen ist von grossem diagnostischen Nutzen in Fällen, in denen die bakterioskopische Diagnose und der Thierversuch versagen.

M. schliesst mit einem energischen Protest gegen die von manchen Autoren gemachte Unterscheidung zwischen Lupus und Tuberculose. Er meint, „das Wort Lupus verstösst gegen den Sensus communis und den modernen Fortschritt unseres Wissens und sollte nicht länger gebraucht werden." JAMES DONELAN.

f. Schilddrüse.

144) **Jäger** (Ragaz). **Ueber Strumametastasen.** Doctordissertation aus Zürich. Tübingen. Laupp'sche Buchhandlung. 1897.

Diese Arbeit erhärtet an einem Material von 12 Fällen aus verschiedenen Spitalkliniken Deutschlands, Oesterreichs und der Schweiz, dass nicht nur carcinomatöse und sarcomatöse, sondern auch gutartige Schilddrüsenhypertrophien. Metastasen verbreiten können, welche durchaus den Charakter reiner Schilddrüsenadenome ohne jegliche maligne Beimischung bewahren, und auch die Function der Schilddrüse nach Totalexstirpation des Mutterorganes übernehmen können. An einer grösseren Anzahl bösartiger Fälle von Struma zeigte sich in den Metastasen ebenfalls Beimischung gutartiger Schilddrüsenelemente, welche die specifische Function übten. Die hauptsächliche Localisation der gut- wie der bösartigen Metastasen sind die Knochen des Schädels und des Wirbelskelets. Die gutartigen können wie die bösartigen auch die Lungen und die Leber heimsuchen; dagegen fand man von den ersten Keime in den Lymphdrüsen. In einzelnen Fällen zeigte die Schilddrüse nur kleine ödematöse Gewebsveränderungen und trotzdem hatte sie zahlreiche Metastasen. Merkwürdiger Weise scheinen die Schweizerkröpfe seltener zu metastasiren.

Es ist natürlich, dass sich an die besagten Befunde seit Langem eifrige Discussionen anschlossen, namentlich über die Drüsenadenome im Allgemeinen bezüglich der Malignität. Ein Autor fand in dem Ausdruck „Adenoma malignum" die Vereinigung des Ausdrucks für den gutartigen und zugleich malignen Charakter dieser Geschwülste, welche aber den pathologischen Anatomen nicht recht zu munden scheint. Die interessante Arbeit muss im Einzelnen studirt werden, da die weitere theoretische Auseinandersetzung den Rahmen des Referates überschreiten würden. Ob die durch zahlreiche Metastasen von Schilddrüsengewebe verursachte Vermehrung von Colloidproduction und Schilddrüsenfunction Basedow'sche Erscheinungen hervorgerufen habe, ist nirgends erwähnt. Klinisch verliefen die meisten Fälle, auch die gutartigen Metastasen, wegen ihrer Localisation im Schädel und Wirbelknochen tödtlich; denn die wenigsten kamen rechtzeitig zur Operation.

JONQUIÈRE.

145) **Brian** (Lyon). **Exstirpation eines umfangreichen Kropfs. (Volumineux goitre. Exstirpation.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. März 1899.*

B. legt eine Kropfgeschwulst vor, die von Jaboulay entfernt worden ist. Dieselbe übertrifft an Umfang den Kopf des Kranken; sie wiegt 1250 g. Der Kropf, der seit 14 Jahren bestand, war mit Jodkali und interstitiellen Injectionen

von Jodtinctur behandelt worden. Bei der Operation wurde, behufs Vermeidung von Myxoedem, etwa $^1/_5$ der Drüse zurückgelassen. Trotz der Schwere der Operation verlief die Heilung glatt und schnell. Es wurden zur Blutstillung 35 Klemmpincetten angelegt. Die exstirpirte Masse, die durchweg fleischig war, enthielt grosse Blutgerinnsel.

PAUL RAUGÉ.

146) **Hönnig** (Uster). **Anatomische Untersuchungen über Morbus Basedowii.** Doctordissert. aus Zürich. Berlin bei Schumacher. 1897.

Material 9 Fälle aus dem Kantonspital St. Gallen; 7 floride Basedow, ein operativ gebesserter und ein abgelaufener. Anatomisches Schlussergebniss: „Eine für Basedow specifische Form der Struma, beruhend auf quantitativer Zunahme der specifischen Epithelien, auf Aenderung ihrer Form, ihrer Anordnung und ihrer Secretion, welche in den einzelnen Fällen insofern Unterschiede zeigen kann, als in den einen die diffuse Anordnung der Zellen, in anderen die Bildung umschriebener kleiner Follikel, oder der dem embryonalen Typus ähnliche Charakter des Gewebes oder Cylinderform der Epithelien mit drüsengangartiger Anordnung derselben den histologischen Charakter jenen Gesammttypus noch genauer specificiren.“

Das viel reichlichere Vorhandensein von Colloid in besonders interlobulären Lymphgefässen, Venen, sowie von interstitiell gelegenem freien Colloid, worauf von A. besonderer Werth gelegt wird, konnte Verf. nicht bestätigen, wenigstens nicht als etwas für Basedow'sche Strumen Charakteristisches, sondern hauptsächlich den gewöhnlichen Colloidkröpfen ohne Basedow Zukommendes.

Verf. hielt den Schluss vollkommen berechtigt, dass die diffus parenchymatöse Form mit ihren weiteren Eigenthümlichkeiten auch als die für die Glotzaugenkrankheit allein specifische angesehen werden muss, während die circumscripten Anordnungen nur da vorkommen, wo endemische Struma besteht.

Die Hypophysis cerebri zeigt nichts Charakteristisches, als in einer Minderzahl von Fällen eine abnorm grosse Anzahl von chromophilen Zellen.

Die osteomalacischen Knochenerscheinungen sind Verf. als specifische Symptome bei Basedow zweifelhaft und er stellt sich vor, dass sie nur eine Structurveränderung des Knochens in Folge venöser Stauung sein könnten.

JONQUIÈRE.

147) **Paulesco. Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit mit Chininum sulfuricum. (The treatment of exophthalmic goitre with sulphate of quinine.)** *N. Y. Med. Journal. 10. Juni 1899. Fort Wayne Med. Journal Magazine. Juni 1899.*

Bericht über 3 Fälle, die durch Chinin erheblich gebessert wurden. Das Mittel wirkt vasoconstrictorisch. P. sieht das Leiden nicht als eine Erkrankung der Schilddrüse, sondern als eine Affection der Blutgefässe an; es handelt sich um eine Vasodilatation, deren Folge eine cerebrale Congestion ist, welche neben anderen Reflexsymptomen vermehrte Activität der Schilddrüse nach sich zieht.

LEFFERTS.



148) **Lanz** (Bern). **Ein Vorschlag zu diätetischer Behandlung Basedow-Kranker.** *Corr.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 23. 1899.*

Analog der Bekämpfung der Kachexia thyreopriva durch Schilddrüsensubstanz denkt L. die Kachexie des Basedow resp. der Hyperfunction der Schilddrüse durch das Serum von Thieren zu bekämpfen, welche an Hypofunction resp. Afunction der Schilddrüse in Folge von Thyreotomie leiden. Anstatt aber das Serum nimmt er die Milch thyreopriver Ziegen und er hat bei 3 Fällen bedeutenden Rückgang der Basedow'schen Symptome, der Hypertrophie der Schilddrüse, des Exophthalmus und der nervösen Erregung durch $^1/_2$ Liter Milch täglich in kurzer Zeit erzielt. Ein Fall scheint sogar geheilt zu sein. L. betrachtet diese Mittheilung nur als eine Aufforderung zu zahlreicheren Versuchen. JONQUIÈRE.

149) **Carl Doepfner. Die operative Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Operative treatment of exophthalmic goitre.)** *Journal of the Americ. Med. Assoc. 3. Juni 1899.*

Wenn die längere interne Behandlung nicht zum Ziele führt, ist die chirurgische Behandlung gerechtfertigt. An erster Stelle ist dann die partielle Excision der Schilddrüse zu versuchen, besonders in den Fällen, bei denen eine Dislocation und Compression der Trachea eine Rolle spielt. EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

150) **O. Fischer. Ueber einen Fall von primärem Carcinoma myxomatodes oesophagi.** Aus Prof. H. Chiari's path.-anat. Institut in Prag. *Prager med. Wochenschr. No. 31. 1899.*

Das Carcinom ging wahrscheinlich von dem Drüsenapparate des Oesophagus aus und setzte sich von hier in die Trachea fort. CHIARI.

151) **Edwin B. Behrend. Ein Fall von Carcinom des Oesophagus mit partieller Stenose durch extra-oesophageale Metastase. (A case of carcinoma of the oesophagus with partial stenosis due to extra-oesophageal metastasis.)** *The National Medical Review. Juni 1899.*

Die Section ergab, dass metastatische Massen in den retrooesophagealen Lymphdrüsen zur Stenosirung des Oesophagus beitrugen. EMIL MAYER.

152) **Touche. Krebsige Strictur des Oesophagus, Speiseröhren-Luftröhren-Fistel. (Rétrécissement cancéreux de l'oesophage fistule oesophago-trachéale.)** *Bull. Soc. anatom. p. 451. Mai 1899.*

59jähriger Mann, im October 1898 gastrotomirt wegen impermeabler Strictur der Speiseröhre. Seit 6 Monaten durch die Fistel ernährt. Am 20. April 1899 klagt der Kranke zuerst über grosse Schmerzhaftigkeit des Magens; er wird schnell cachectisch und stirbt am 5. Mai.

Die Section ergiebt ein ringförmiges Carcinom des Oesophagus, das an der einen Seite nach der Trachea durchgebrochen ist.

Verf. macht auf den Nutzen der Operation aufmerksam, der Pat. eine Verlängerung seines Lebens um 6 Monate verdankt.

A. CARTAZ.

153) **Duplay** (Paris). **Krebsige Verengerung der Speiseröhre. (Rétrécissement cancéreux de l'oesophage.)** *Bulletin Médical. 5. August 1899.*

Anknüpfend an einen Fall bespricht D. in einer klinischen Vorlesung die Diagnostik und Behandlung der carcinomatösen Strictur des Oesophagus.

PAUL RAUGÉ.

154) **Lambotte. Behandlung der Oesophagusstenosen. (Traitement des rétrécissements oesophagiens.)** *La Presse Méd. Belge. No. 2. 1899. Annales de la Soc. Méd. Chir. No. 1. 1899.*

Die 3 Hauptmittel gegen krebsige Oesophagusstenosen sind:

1) Katheterismus zur Dilatation; 2) Intubation des Oesophagus und 3) die Gastrotomie.

Der Katheterismus, ein ausgezeichnetes diagnostisches Mittel ist als Behandlungsweise abscheulich, da die erweiterten Durchgangsstellen sich von Neuem zusammenziehen und während 2—3 Tage die Deglutition behindert ist. Die Oesophagusintubation hat dagegen den Vortheil, dass sie die Erweiterung der Stenose sichert und den Patienten unmittelbar in quasi normale Bedingungen versetzt. L. benutzt einen einfachen Schlauch nach Fanchu vom Caliber der angewandten Olive, welche er 7—8 cm unterhalb des etwas zugestutzten Trichters abschneidet und durch den Mund einführt. Er zieht dies der Einführung durch die Nase und den Pharynx vor. L. wendet die Intubation auch dann noch an, wenn ihn die Unmöglichkeit, die Stenose auf natürlichem Wege zu passiren, zur Vornahme der Gastrotomie zwingt. In Fällen, wo die Intubation contraindicirt ist (Narbenstenose und impermeables Carcinom), bleibt kein anderer Ausweg übrig, als die Gastrotomie; Beschreibung seiner Methode. Zum Schlusse macht er noch auf seine brillanten Erfolge aufmerksam, welche er bei Behandlung der Oesophagusstenosen durch nutritive Klystiere und Injectionen von künstlichem Serum erzielt hat.

BAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohren-Aerzte.

IV. Sitzung am 16. April 1899 in Köln.

Anwesend sind 32 Mitglieder.

Hopmann (Köln): Krankenvorstellung.

1. 42jähriger Maurer, wegen Epithelialtumors des linken Stimmbandes operirt; da eine radicale Beseitigung der Geschwulst auf endolaryngealem Wege

unmöglich war, wurde ohne vorgängige Tracheotomie der Kehlkopf gespalten und das hintere Drittel des Stimmbandes nebst einem Theil des linken Aryknorpels mit der Geschwulst entfernt; der Tumor erwies sich als gutartig. Der Patient ist arbeitsfähig, spricht mit rauher, aber lauter Stimme.

2. 15jähriger Arbeiter (bereits im vorigen Jahre vorgestellt), wegen Schädelbasisfibrom ohne Präliminareingriffe operirt; am Rachengewölbe zeigt sich eine flache Hervorwölbung, wahrscheinlich beginnendes Recidiv.

3. 11jähriger Knabe, wegen Basisfibrom operirt; colossale Geschwulst von einem Gewicht von 76 g, 15 cm Länge und 6 cm Breite. Patient war vorher von anderer Seite operirt, indem nach Spaltung des Gaumensegels die Geschwulst ausgeschält und die Basis kauterisirt wurde, doch war bald Recidiv eingetreten: H. verwirft die Spaltung des Velum bezw. präliminare Eingriffe bei Operation der Basisfibrome. Durch den mangelhaften Abschluss der in einen einzigen Hohlraum verwandelten Nasenhöhle ist die Sprache undeutlich (Rhinolalia aperta), jedoch durch theilweise Ausstopfung der Nase wesentlich zu verbessern.

4. 17jähriges Mädchen (auch bereits vorgestellt); durch Thyreofissur von einer diffusen Geschwulst der linken Kehlkopfhälfte befreit. Das Dauerresultat bezüglich Athmung und Sprache ist sehr gut.

Discussion: Schmithuisen (Aachen) operirt gutartige Nasenrachentumoren auch ohne Voroperation durch combinirte Anwendung von Elektrolyse und nachfolgende Galvanokaustik; bei angiomatösen Fibromen wendet er nur Elektrolyse an und vermeidet so starke Blutungen; maligne Tumoren sind nur durch grösstmögliche Freilegung operirbar.

Fackeldey (Cleve) operirte ein 9 cm langes, 6 cm breites Nasenrachenfibrom mit der kaustischen Schlinge ohne Recidiv; in einem anderen Falle musste nach mehrfachen Recidiven der Polyp auf blutigem Wege nach Durchtrennung des weichen Gaumens beseitigt werden.

Lieven (Aachen): Vorstellung eines wegen Stirnhöhlen-Empyems operirten Patienten.

Nach Eröffnung der unteren Stirnhöhlenwand sofortige Schliessung der Wunde mit dem Periosthautlappen; vorher Erweiterung des Zuganges nach der Nase, von wo aus die Höhle mit Jodoformgaze tamponirt wurde; die Narbe, parallel der Augenbraue, ist kaum sichtbar.

Schuster (Aachen): Fall von hereditärer Nasenlues des Erwachsenen.

Bemerkenswerth waren neben Verstopfung der Nase durch leicht blutende Granulationen kugelartige Drüsenschwellungen an beiden Backen, die dem Gesicht einen hamsterartigen Ausdruck gaben; nach vielfacher Behandlung von anderer Seite (Tuberkulin, Sublimat, Jodkali, Aetzungen etc.) hat S. durch Bäder, Inunction und Pinselung mit Jod-Carbol (1:5) grosse Besserung erzielt.

Moses (Köln): Demonstration eines Falles von totaler Verwachsung des Gaumensegels mit der Rachenwand.

Die Ursache der Verwachsung ist wahrscheinlich Lues, wofür auch ein

kleiner Defect an der Epiglottis spricht. Versuche, durch Galvanokaustik eine Communication nach der Nase herzustellen, scheiterten an der ausserordentlichen Derbheit des Narbengewebes, weshalb Excision eines Theiles der Narbe in Aussicht genommen wurde.

Kronenberg (Solingen): 1. Ueber freie Osteome der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Osteome, welche als todte Knochenkörper in der Nase oder einer Nebenhöhle liegen, sind ausserordentlich selten. In dem von K. beobachteten Fall handelte es sich zunächst um einen hoch vor der mittleren Muschel liegenden Elfenbeintumor; nach Eröffnung der Stirnhöhle von aussen (dieselbe war aufgetrieben und der Bulbus nach unten-aussen verdrängt) fanden sich noch 4 weitere Osteome im Gesammtgewicht von 8 g.

2. Ueber einen Fall von Pyämie bei Sinusthrombose.

Unterbindung der Vena jugularis communis.

Keller (Köln): Ueber die Beziehungen der Thränenschlauch-erkrankungen zur Rhinologie.

In den meisten Fällen ist das Nasenende des Thränenschlauchs die Ursprungsstelle der Erkrankung; dieselbe bleibt oft lange latent, ehe die Orbitalportion miterkrankt; in 95—97 pCt. von Thränenschlauchleiden bestehen auch Nasenaffectionen; die Behandlung des Thränenschlauches von der Nase aus hat grosse Schwierigkeiten. Prophylactisch sind krankhafte Veränderungen der unteren Muschel besonders frühzeitig und sorgfältig zu behandeln. In einem von K. behandelten Fall konnte man bei Druck auf den inneren Augenwinkel deutlich Secret aus dem Nasenorificium des Thränenschlauches austreten sehen; dasselbe verschwand nach Beseitigung einer catarrhalischen Schwellung der unteren Muschel.

Discussion: Lieven erwähnt die von Killian angegebene Methode, den Thränenschlauch durch Abtragung der vorderen Wand des Ganges zugängig zu machen.

Hopmann empfiehlt Abhebelung oder Infracturirung der unteren Muschel und Aetzung des Canalostiums. Bei trockenen Entzündungen wendet er Tamponade (Watte oder Mullstreifen) an. Neben den mechanischen Behinderungen im Gebiete der Thränenwege handelt es sich häufig auch um reflectorische Einwirkung auf die Gefässnerven des Auges von der Nase aus.

Reinhard (Duisburg): Ueber Hammer-Ambos-Caries.

Roller (Trier): Othämatom und Perichondritis auriculae.

Lieven (Aachen): Demonstration der Wagner-Longard'schen Aether-Maske.

Das Princip der Maske beruht auf Mischung des Aethers mit atmosphärischer Luft.

Schneider (Köln): Demonstration sterilisirbarer Brenner.

Schmithuisen (Aachen): Demonstration eines neuen Nasenöffners.

Derselbe ist nach Abgüssen des Naseneinganges angefertigt und hat seinen Halt in der Tasche der Nasenspitze; die Ränder halten gleiches Niveau mit dem Nasenrand; nach innen reicht das Instrument nur bis zur Schleimhautgrenze: dasselbe ist fleischfarben und fällt nicht auf. Fabrikant: Wittwe Bildhäuser (Aachen).

Moses (Köln).

---

b) Sitzungs-Bericht der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte.

I. Sitzung am 28. Januar 1899.

Vorsitzender: v. Navratil. Secretär: Polyák.

1. v. Navratil: Operirter Fall von Rhinosclerom.

v. Navratil stellt den bereits einmal am 1. Dec. 1898 vorgestellten Pat. jetzt nach der Operation abermals vor. Die Operation wurde folgender Weise vollführt: Es wurde ein die Haut vollkommen durchdringender, von der Mitte der Stirne auf den Nasenrücken bis zum Beginne des Septums gehender Schnitt geführt und die Haut von den scleromatösen Partieen beiderseits bis auf 1 cm über die Grenze der gesunden Theile abgetrennt. Nun wurde der Tumor mit einem energischen Schnitte von dreieckiger Form, dessen Spitze an die Nasenwurzel und dessen Basis an der Oberlippe war, umgangen. Nach der Entfernung des Scleroms, theils mit dem Messer, theils mit dem scharfen Löffel, wurde der Sinus pyriformis mit Jodoformgaze ausgefüllt und darüber die Haut vereinigt. Dem Jodoformtampon wurde die Form einer Nase gegeben. In den entfernten krankhaften Theilen waren sämmtliche Bestandtheile der Nase (Knorpel, Knochen etc.) enthalten, deren Entfernung nothwendig war, weil sie alle in den Tumor einbezogen waren. Die Vereinigung der Hautlappen geschah per primam und ist die Form der Nase, wie man sich bei dem vorgestellten Kranken überzeugen kann, ziemlich regelmässig. Die Nasenplastik beabsichtigt V. dadurch zu ergänzen, dass er aus der Oberlippe ein Septum bilden wird. Patient athmet ungehindert durch die Nase, wogegen sie früher nur mit geöffnetem Munde athmen konnte.

2. v. Navratil: Kehlkopfstenose durch luetische Perichondritis bedingt.

M. J., 53 Jahre alt, Arbeiterin, wurde im Mai 1898 heiser und athmete schwer. Im August wurde sie auf die Abtheilung aufgenommen, wo sie die Inunctionscur gebrauchte und Jodkali bekam. Nach drei Wochen wurde sie auf eigenen Wunsch in gebessertem Zustande entlassen. Den 15. October meldete sie sich wieder, Sprache ist lispelnd, das Athmen schwer, beide Arytaenoidalgelenke

geschwollen und ankylotisch, die Glottisspalte im hohem Grade venengt. Trotz der energischen antiluetischen Cur wurde wegen der sich steigernden Dyspnoe am 21. October die Tracheotomie vollführt. Nach der jetzt angewendeten antisyphilitischen Cur und da durch die Tracheotomie der Kehlkopf in Ruhe gestellt wurde, bessert sich der Kehlkopfprocess augenscheinlich, so dass das rechte Arytaenoidalgelenk vollständig frei wurde, das Stimmband wurde rein, die Glottisspalte ist durch die normale Function des rechten Arytaenoidalgelenkes genügend weit geworden und es ist nur die Ankylose des linken Arytaenoidalgelenkes und die narbige Schrumpfung des linken Stimmbandes zurückgeblieben. Pat. athmet jetzt, nachdem die Canüle schon zwei Wochen geschlossen ist, durch den Mund; die Canüle wird Vortragender in den nächsten Tagen entfernen.

3. Baumgarten: Recurrenslähmung und Erschlaffung der ary-epiglottischen Falte, einen Tumor vortäuschend.

Der 18jährige junge Mann wird seit vielen Jahren, wenn er viel spricht, etwas heiser, Rachen und Kehldeckel sind normal, ebenso die ganze rechte Kehldeckelhälfte. Von der linken ary-epiglottischen Falte ragt nach innen unten, die grössere Hälfte des linken wahren Stimmbandes verdeckend, ein von normaler Schleimhaut bedecktes Gebilde, welches bei der Phonation und Inspiration zuckende Bewegungen macht, vor. Das Gebilde ist die nach einwärts gedrehte ary-epiglottische Falte mit dem Aryknorpel und dem Wrisberg- und dem Santorini'schen Knorpel, welch letzterer nicht nur nach einwärts, sondern auch nach unten dislocirt ist. Es besteht, wenn man genau und länger untersucht, Recurrenslähmung des linken Stimmbandes. Einen ähnlichen, doch viel ausgesprocheneren Fall hat H. v. Schroetter beschrieben, doch war in seinem Falle auch Dyspnoe und ein lärmendes Geräusch vorhanden, weshalb er auch das Gebilde mit der galvanocaustischen Schlinge abgetragen hat. Der Fall ist schön geheilt, der grösste Theil des Gebildes erwies sich als der Santorini'sche Knorpel. Als Ursache der Recurrensparalyse dürfte hier der Druck einer Bronchialdrüse figuriren, da keine sonstige Ursache nachweisbar ist. Im vorliegenden Falle kann von einer Operation vorläufig abgesehen werden.

Morelli: Aehnliche Processe kommen bekanntlich auch bei Pferden vor. Aus Gefälligkeit des Herrn Plösz, Professor der Chirurgie an der thierärztlichen Academie, sah ich einmal ein Pferd, bei welchem der ganze Arytaenoideal-Knorpel entfernt wurde. Ich glaube, die Entfernung des Knorpels ist angezeigt, wenn Athembeschwerden verursacht werden.

v. Navratil: Beim Menschen beschrieb zuerst Lewin in den 60er Jahren eine ähnliche Erkrankung und schon zu dieser Zeit beobachtete ich einen Fall bei einem Sänger, der sich dieses Uebel durch Ueberanstrengung zugezogen hatte. Die Gelenkskapseln der Crico-Arytaenoidalgelenke erschlafften, wodurch dann die Arytaenoidalknorpel infolge des Muskelzuges über einander geriethen, luxirt wurden. Keine Recurrenslähmung. Tumor, Lues oder Tuberculose war sicher auszuschliessen, der Process entstand rein auf traumatischem Wege. Den Fall sahen auch Türck, Störk und Andere und hielten ihn ähnlichen Ursprunges.

Baumgarten fragt, ob das Uebel ein- oder beiderseitig war? In seinem

Falle ist das Uebel einseitig und eben dies ist der Unterschied zwischen dem gegenwärtigen und dem Falle von H. Schrötter.

v. Navratil: Der Process war beiderseitig und es ist absolut nicht ausgeschlossen, dass ein ähnlicher Zustand durch Trauma auch einseitig entstehen könne.

II. Sitzung vom 23. Februar 1899.

Vorsitzender: v. Navratil, Secretär: Polyák.

1. Baumgarten: Demonstration von operirten Nasenmuschelhypertrophien.

Es werden einige Hypertrophien der unteren Nasenmuscheln demonstrirt. welche mit der Scheere der ganzen Länge nach abgetragen wurden und bei welchen das hintere kolbige Ende noch zu sehen ist. Bei einem Präparate ist die Hypertrophie gering, die Stenose der Nase selbst hingegen sehr stark und da die betreffende Patientin, eine 32jährige Frau, sehr viel an Asthma litt, wurde mit der Hypertrophie der Schleimhaut eine schmale, dünne, vorspringende Knochenleiste abgetragen. Das Asthma war nach der Operation gänzlich geschwunden.

2. Baumgarten: Demonstration eines Sequesters, welcher fast den ganzen harten Gaumen betraf.

Das Präparat rührt von einem 22jährigen Manne her, welcher vor 4 Jahren Lues acquirirte, die gleich zu Beginn einen sehr malignen Charakter zeigte: so bekam Patient nach 3—4 Wochen eine schwere Iritis. Trotzdem Patient seit drei Jahren fast immer Jodkali und Quecksilber gebraucht, hat er die verschiedensten secundären und tertiären Erscheinungen durchgemacht. Vor sechs Monaten hatte er ein grösseres zerfallenes Gumma an der hinteren oberen Wand im Nasenrachenraume und heftige Kopfschmerzen. Das Geschwür reichte bis tief zum Knochen. heilte aber bald durch die Behandlung. Kaum genesen, bekam er in der Nase und im Nasenrachenraume ähnliche Geschwüre. Nachher verstopfte sich die Nase, eitriger Ausfluss zeigte sich und in kürzester Zeit kam eine Perforation des Septums zu Stande; die Untersuchung constatirte ausgebreitete Necrose des knöchernen Septum, am harten Gaumen ein längliches Geschwür. Die antiluetische Behandlung hat Patienten unterdessen so hergenommen und war so zwecklos, dass sie endlich ausgesetzt werden musste. Unter grossen Schwierigkeiten — Patient bekam bei Berührung Schüttelkrämpfe — konnte man nacheinander den Vomer und einige Siebbeinknochenlamellen, welche necrotisch geworden waren, entfernen. In der Nase sah man die necrotische Spina nasalis anterior und am harten Gaumen einen silberguldengrossen Substanzverlust und dann den necrotischen schwarzen Knochen. Nachdem nach weiteren drei Wochen der Sequester sich nicht rühren wollte und Patient Fieber bekam, musste der Sequester in Narcose entfernt werden. Er wurde vom Munde aus mit dem Raspatorium freigemacht und in die freie Nasenhöhle luxirt, konnte aber wegen seines grossen Umfanges nur schwer gefasst

und nur quergetheilt herausgezogen werden. Viele kleinere Knochenstücke wurden nachher ausgespritzt. Patient hat sich in wenigen Tagen bedeutend erholt, gegenwärtig trägt Patient eine Prothese. Sein übriger Zustand ist befriedigend.

Morelli: Es ist sehr nothwendig, in solchen Fällen den Obturator im Vorhinein zu verfertigen, denn es wird dadurch die Ernährung ermöglicht, nur muss der Obturator später den Verhältnissen gemäss umgeändert werden.

3. v. Navratil: Multiple Gummata der Zunge.

J. F., 50 Jahre alt, Eisenbahnbeamter, giebt an, vor 25 Jahren ein Penisgeschwür acquirirt zu haben, welches auf graue Salbe in wenigen Tagen heilte. Seit dieser Zeit beobachtete er nichts Krankhaftes an sich. Auf der Zungen-Oberfläche und an den Rändern beiderseits von der Zungenspitze etwas auf die untere Fläche sich ausbreitend, schmerzlose Geschwüre mit scharfen Rändern, sich über die Oberfläche erhebend, von harter Consistenz, ovaler Form, unebener Oberfläche, welche mit schmutzig-gelbem Belag bedeckt sind. In der rechten Submaxillargegend ist eine taubeneigrosse Drüse fühlbar, die frei beweglich und etwas empfindlich ist.

Occipital- und Inguinal-Drüsen überall fühlbar. Auf beiden Handtellern die Zeichen von Psoriasis palmaris luetica. Patient klagt über häufige Kopfschmerzen.

Im December vorigen Jahres lag er das erste Mal auf der Abtheilung und es stellte sich auf die angewendete antiluetische Behandlung rasche Besserung ein, so dass der Kranke nach $2^1/_2$ Wochen auf eigenen Wunsch entlassen wurde. Vor einigen Tagen wurde er beinahe mit demselben Status wieder aufgenommen, die Behandlung ist dieselbe, die Besserung zeigt sich schon nach einigen Tagen.

Török: In dem Falle, wo Baumgarten wegen syphilitischer Necrose des harten Gaumens operirte, war die antiluetische Cur erfolglos, so dass Vortragender sich auf die Fälle berief, in denen man das Leiden der Quecksilbercur zuschrieb; der gegenwärtige Fall zeigt das entgegengesetzte. Der Kranke inficirte sich vor 25 Jahren und bis zu jener Zeit, als er auf die Abtheilung v. Navratil's gerieht, erhielt er keine antiluetische Behandlung. Die Anamnese ähnlicher Fälle ergieht meistens, dass die Kranken ihr Uebel leichtsinnig aufnahmen und entweder keine, oder bloss eine ungenügende Schmiercur durchmachten. Die tertiären Fälle rekrutiren sich ebenfalls aus ähnlichen Fällen. Frühzeitige tertiäre Symptome sind Zeichen sehr schwerer und bösartiger Syphilis. Bei ähnlichen Affectionen der Nasenrachenhöhle bewährt sich manchmal das Zittmann'sche Decoct oder die nach demselben durchgeführte Quecksilbercur in ausgezeichneter Weise.

4. v. Navratil: Operirter Fall von Zungenkrebs.

B. M., 33 Jahre alt, Wäscherin, bemerkte vor 10 Jahren am linken Zungenrande eine erbsengrosse Geschwulst, die ihr keine Schmerzen verursachte, aber sie im Sprechen hinderte. Zufällig biss sie sich einmal in die Geschwulst, die seit der Zeit wund, angeschwollen und sehr schmerzhaft ist. Die angewendeten Mittel brachten nur sehr minimale Besserung hervor und deshalb suchte Patientin 4 Jahre nach dem Beginn des Uebels die Abtheilung des Verf. auf.

Die Geschwulst war zu dieser Zeit haselnussgross, mit unebener, von

weissem Belag bedeckter Oberfläche und aufgeworfenen Rändern. Operation, rasche Heilung, so dass die Kranke nach 14 Tagen die Abtheilung mit gesunder Zunge verliess. Pat. war 5 Jahre lang recidivfrei, nach dieser Zeit wiederholte sich das Uebel auf derselben Stelle, weshalb Pat. abermals auf die Abtheilung aufgenommen wurde. Auf der linken Seite der Zunge von der Zungenspitze bis zum Zungengrund eine harte Geschwulst, deren Oberfläche theils glatt ist, theils tiefe Spalten zeigt. Submaxilläre Drüsen sind nicht fühlbar. Die Operation wurde den 13. Januar vom Vortragenden in der Weise ausgeführt, dass er, um unbehindert zur Geschwulst zu gelangen, mittelst eines mit dem Kinnrande parallelen Bogenschnittes sämmtliche Weichtheile durchtrennte; durch diese Oeffnung zog er die Zunge hervor, dann exstirpirte er die Geschwulst. Die Geschwulst zeigte die typische Structur eines Carcinoma epitheliale. Das Stroma hat einen Bau, der nicht ausschliesst, dass sich das Carcinom im gegenwärtigen Falle auf einer luetischen Narbe entwickelte. Patientin war nach der Operation fieberfrei, nur das Schlucken war erschwert, die Wunde heilte schnell und trotzdem, dass zwei Drittheile der Zunge fehlen, ist die Sprache genug klar, das Schlucken normal.

Vortragender erwähnt, dass während im ersten Falle der äusseren Erscheinung der Geschwulst nach die Diagnose mehr auf Zungenkrebs gestellt werden konnte, im gegenwärtigen Falle die Erscheinung mehr für ein Gumma sprach. Beobachtung und histologische Untersuchung aber brachten die Entscheidung und die Resultate sprechen für die entsprechend eingeleitete Therapie.

5. v. Navratil: Narbige Nasenstenose.

R. J., 20 Jahre alt, Maurer. Das Gesicht pockennarbig, besonders auf den Nasenflügeln. Der Naseneingang beiderseits bis auf Linsengrösse verengt. Die Nasenhöhle scheint normal zu sein, die Schleimhaut zeigt keine Veränderungen. Da Pat. von seinem Uebel befreit zu werden wünscht, welches die Nasenathmung unmöglich macht, so dass Pat. immer mit offenem Mund zu athmen gezwungen ist, liess er sich auf die Abtheilung des Vortragenden aufnehmen. Vortragender beabsichtigt von den narbigen Nasenflügeln ein so grosses Stück zu entfernen, dass er die gesunde Schleimhaut mit der Haut vereinigen kann, um in dieser Weise einen genügend grossen Naseneingang herzustellen.

Baumgarten: In einem ähnlichen Falle, wo die Synechie auch nur vorne war, liess ich den Patienten einen Silbertubus tragen.

v. Navratil: Wenn die Synechie eine totale wäre, möchte ich nicht an die Operation denken, im gegenwärtigen Falle aber kann die Operation ein gutes und rasches Resultat erzwecken, was die protrahirte Dilatation hingegen weniger vermag.

6. Zwillinger: Fall von Hyperplasie der Zungentonsille.

Patientin leidet seit zehn Jahren an Leerschlucken, wohingegen sie während des Essens oder Trinkens keine Hindernisse verspürt. Je intensiver sie ihre Aufmerksamkeit darauf concentrirt, umso lebhafter ist das Gefühl, als müsste sie etwas, das ihr im Halse steckt, herunterschlucken. Pat. hat, um sich von dem

sie quälenden Gefühle zu befreien, mehrere Aerzte befragt; es wurde wiederholt Globus hystericus diagnosticirt, Pat. wurde elektrisirt, es wurden verschiedene Medicamente ordinirt, doch besserte sich ihr Zustand nicht. Die Untersuchung ergiebt, dass das adenoide Gewebe des Zungengrundes hypertrophisch ist, hauptsächlich rechts erscheint die Epiglottis in das Gewebe eingebettet, ebenso, aber etwas weniger, links, am wenigsten in der Mitte. Am besten sichtbar sind die adenoiden hahnenkammförmigen Vegetationen während des Herausziehens der Zunge, bei welcher Gelegenheit sich dieselben von der lingualen Fläche der Epiglottis entfernen, deren Rand sie sonst zum Theile an zwei Stellen überdachen und lehnt sich eine Partie an das Ligamentum pharyngo-epigl. an. Es wäre vielleicht zweckentsprechender gewesen, diesen Fall an anderer Stelle zu demonstriren, um die Aufmerksamkeit der Collegen darauf zu lenken, wie wichtig genaue sachgemässe Untersuchung in Fällen von Paraesthesie im Halse ist und wie oft es gelingt, die reale Basis der Paraesthesien zu ergründen. Doch habe ich diesen Fall für genügend bemerkenswerth gefunden, um denselben Ihnen, denen diese Verhältnisse ja so bekannt sein müssen, vorzustellen. Erstens, damit Sie Gelegenheit haben, die eigenthümliche Form dieser hahnenkammförmigen Vegetationen zu sehen. Zweitens, um Ihnen zu zeigen, wie gross das nervöse Moment in diesen Fällen ist, was daraus ersichtlich ist, wenn ich bemerke, dass sich die sonst unruhige, zu jedem Eingriff bereite Patientin, seitdem ich die hyperplastische Partie mit Lugol'scher Lösung pinsele, beruhigt hat, sie das Fremdkörpergefühl auf Stunden, ja Tage verlässt. Zu erwähnen wäre noch, dass selbst so hochgradige Hypertrophien der Zungentonsille oft accidentelle Befunde bilden, die den damit Behafteten absolut keine Beschwerden verursachen. Wie in jedem dieser Fälle, kann man sich auch in diesem Falle mit Hilfe der Sonde davon überzeugen, dass die Beschwerden von der angegebenen Stelle ausgehen. Die Therapie wird in etappenförmiger Entfernung der Vegetationen mittels der galvanocaustischen Schlinge bestehen, die zahlreichen und weiten Venen des Zungengrundes werden dabei in Berücksichtigung gezogen werden. v. Navratil.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Herrn Geh. Med.-Rath, Prof. Dr. B. Fränkel (Berlin) ist der preussische rothe Adlerorden dritter Klasse mit der Schleife verliehen worden.

Joseph C. Mulhall †.

Mit aufrichtigem Bedauern übermitteln wir unseren Lesern die uns soeben von unserem amerikanischen Mitarbeiter, Dr. E. Mayer zugegangene Nachricht vom Tode Dr. C. Mulhall's (St. Louis), eines unserer geschätztesten amerikanischen Specialcollegen. Seit langen Jahren an einem unheilbaren Nervenübel leidend, welches besonders in letzter Zeit seine Lebensfreudigkeit mehr und mehr untergrub, legte der bedauernswerthe College, der zur Zeit seines Todes erst im 48. Lebensjahre stand, am 11. Januar in einem Anfall von Melancholie Hand an sich selbst.

Dr. Mulhall war im Jahre 1851 in St. Louis geboren, und studirte nach Ablegung seiner Examina unser Specialfach in Dublin, Wien, Berlin und London, wo er längere Zeit als Hospitalsassistent Sir Morell Mackenzie's fungirte. Im Jahre 1879 begann er in St. Louis zu prakticiren, machte sich schnell einen Namen, wurde als Professor der Lungen- und Halskrankheiten und für Klimatologie am Beaumont Hospital Medical College angestellt, und war als Consultant und als Lehrer gleich geschätzt. Viele Jahre hindurch entwickelte er eine ausgedehnte literarische Thätigkeit und nahm eifrigen Antheil an den Verhandlungen der amerikanischen laryngologischen Gesellschaft. In fast jedem Jahrgange des Centralblatts wird sein Name wiederholt angetroffen werden. Ein nüchterner und zuverlässiger Beobachter von originellen Anschauungen, war er stets allen Extremen abhold und lenkte in seinen literarischen Beiträgen immer wieder die Aufmerksamkeit auf weitere Gesichtspunkte und auf den Zusammenhang unserer Specialdisciplin mit der Allgemeinmedicin. Persönlich war er ein Mann von grosser Liebenswürdigkeit, ehrenwerth und gerade heraus. Der Herausgeber des Centralblatts, der ihn von der Zeit seines Londoner Aufenthaltes her wohl kannte, kann all' das Gute, das dem Heimgegangenen in dem ihm von Dr. Mayer zur Verfügung gestellten Nekrolog nachgesagt wird, aus eigenem Wissen warm bestätigen. Diesem Nachruf zufolge wird Mulhall's Tod in St. Louis von seinen Collegen, welche die besten Richter seien, als ein wahres Unglück angesehen. Möge er sanft ruhen: ein ehrendes Andenken bleibt ihm gesichert!

Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Angelegenheiten.

Resolution der Londoner laryngologischen Gesellschaft.

Die Londoner laryngologische Gesellschaft hat in ihrer letzten Sitzung (Februar 1900) folgende Resolution einstimmig angenommen: „Dass es wünschenswerth sei, dass bei allen internationalen Congressen volle und getrennte Sectionen für Laryngologie und Otologie beständen."

Anwesend waren die Herren: F. de Havilland Hall (Präsident), Bateman, Clifford Beale, Bond, Cathcart, Cheatle, Cripp, Davis, Dundas Grant, Heath, Hill, Kelson, Lack, Lazarus, Parker, Pegler, Furniss Potter, Powell, Ramsay, Roughton, Sir Felix Semon, Sharman, Snell, Spencer, Scanes Spicer, Tilley, Waggett, Wingrave, und mehrere andere Mitglieder, die ihre Namen nicht in die Präsenzliste eingetragen hatten.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, April. 1900. No. 4.

I. Referate.

a. Aeusserer Hals, Allgemeines etc.

1) **William E. Mc Vey. Die Histologie und pathologische Anatomie der Halsschleimhaut. (The histology and pathological anatomy of the mucous membrane of the throat.)** *Medical Monograph. Februar 1899.*

Bei der pathologischen Hypertrophie und Hyperplasie sind 3 wesentliche Factoren im Spiel 1. das Ueberwiegen der formativen Energie in der Zelle; 2. eine gesteigerte vitale Energie, die als Reiz wirkt; 3. eine gesteigerte Ernährung.

EMIL MAYER.

2) **Stobwasser** (Frankfurt a. M.). **Ueber die Localisation des Lichen ruber planus auf den Schleimhäuten.** *Deutsche med. Wochenschr. 5. 1899.*

Die Localisation des Lichen ruber planus auf den Schleimhäuten (des Mundes, des Rachens, des Kehlkopfs) ist häufig und wohl in mehr als der Hälfte der Fälle nachweisbar. Die Schleimhautaffection kann auftreten: 1. isolirt selten; 2. primär, d. h. vor der Hautaffection; 3. gleichzeitig mit der Hautaffection oder nach ihr am häufigsten. Die Rückbildung der Schleimhautaffection erfolgt auch ohne besondere locale Therapie, gewöhnlich mit Hinterlassung leukoplastischer Streifen.

ZARNIKO.

3) **M. Menzel. Zur Kenntniss des Schleimhautpemphigus.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkd. etc. No. 4. 1899.*

Bericht über 5 auf der Abtheilung des H. v. Schrötter in Wien beobachtete Fälle. Es giebt Fälle, bei denen ein Recidiv dem andern folgt, bevor noch die Spuren der vorangegangenen Attacken verschwunden sind. In anderen Fällen wiederum folgen die Attacken erst nach längeren Intervallen, während welcher die Kranken ganz frei sind; in einer dritten Reihe tritt der Pemphigus einmal auf ohne folgende Recidive. Narbenbildung erfolgt nur an Stellen, die schon lange Zeit befallen waren. Blasen sind fast nur im Anfang zu sehen; im



weiteren Verlaufe sind sie selten, da der Pemphigus meist in Form weisser Auflagerungen auftritt; doch giebt es keinen Schleimhautpemphigus ohne Blasenbildung. Die Differentialdiagnose, Aetiologie, Prognose und Therapie sind im Original nachzulesen, den Schluss bildet eine Uebersicht der bisher publizirten Fälle. M. hält den Pemphigus für ein Symptom einer chronischen Intoxication.

SCHECH.

4) **Strubell. Ueber Pemphigus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1899.*

Mittheilung eines Falles von Blasenbildung auf der Haut und den Schleimhäuten, welche unter dem Zeichen einer acuten Infectionskrankheit angefangen hatte.

SCHECH.

5) **Neumann** (Wien). **Dauer der Contagiosität der Syphilisproducte. Contagiosität der tertiären Syphilis.** *Wiener med. Presse. No. 1. 1899.*

N. stellt diesbezüglich folgende Sätze auf:

1. Die Infectiosität der Syphilis steht mit der Intensität und Acuität des Processes in innigem Zusammenhange und zeigt mit zunehmender Krankheitsdauer eine Tendenz zur Abnahme.

2. Unter normalen Verhältnissen erlischt die Contagiosität bei sorgfältiger Behandlung nach 3—4jähriger Dauer der Erkrankung, id est mit dem Aufhören des sogenannten Secundärstadiums.

3. Es giebt eine Reihe von Fällen, in denen noch später als nach 4 Jahren secundäre Läsionen auftreten, welche die Uebertragung vermitteln können.

4. Das Auftreten secundärer Läsionen wurde selbst im 3. Decennium der Erkrankung beobachtet. Achtung auf Mundhöhle!

5. Jedenfalls ist die Contagiosität der tertiären Krankheitsproducte nur ganz ausnahmsweise vorhanden, wenn dieselben in einem späten Krankheitsstadium auftreten.

CHIARI.

6) **A. Heller. Die Aortensyphilis als Ursache von Aneurysmen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 50. 1899.*

Den schon lange von Klinikern behaupteten Zusammenhang von Syphilis mit Aortenaneurysmen hat Heller nun pathologisch anatomisch nachgewiesen. Makroskopisch ist die seltene reine Form der syphilitischen Aortitis durch mehr oder weniger zahlreiche kleine verdünnte Stellen der Wand mit grübchenförmiger Ausbuchtung gekennzeichnet, deren Umgebung gerunzelt in die Grübchen hineinzieht; zuerst ist sie von mehr oder weniger ausgedehnten Verdickungen der Intima mit Neigung zur Schrumpfung und Runzelung begleitet. Diese Verdickungen treten nicht in einzelnen beetartigen Erhebungen sondern mehr diffus auf, sind derb, schrumpfend, bisweilen einer trockenen Necrose in scharf umschriebener Form verfallend.

SCHECH.

7) **Schlesinger. Hydrops hypostrophos. Ein Beitrag zur Lehre der acuten angioneurotischen Oedeme.** *Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1899.*

Schl. versteht unter dieser Bezeichnung eine polymorphe Erkrankung, welche unter dem Bilde wiederkehrender ödematöser Schwellungen der Haut, Schleimhäute

und anderer Körperabschnitte verläuft und mit dem „angioneurotischen Oedem" identisch ist.

SCHECH.

8) **Czyhlarz. Ein Fall von Kopftetanus.** Wiener medicin. Club, Sitzung vom 10. Mai 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1899.*

In diesem Falle fehlten die Krämpfe der Schlundmusculatur, es bestanden gleichseitige Betheiligung des Nervus facialis, durch tonischen Masseterenkrampf bedingte Mundsperre, die übrigen Hirnnerven frei, ebenso auch die Körper- und Extremitätenmusculatur.

CHIARI.

9) **von Charante** (Rotterdam). **Ein Fall von Kopftetanus.** Aus der I. medicin. Universit.-Klinik in Wien. *Wiener klin. Rundschau. No. 33 u. 34. 1899.*

Im Anschluss an eine Kopfverletzung Erysipel, nach 14 Tagen Trismus, Paralyse und Parese im Verlaufe der Facialis, Schluckkrämpfe fehlten.

CHIARI.

10) **C. Pariser** (Berlin). **Die Lehre vom Wiederkäuen.** *Die Heilkunde. No. 11. 1899.*

Die Ruminatio humana ist eine Reflexneurose des Vagus, nur vorkommend bei einer nervösen Constitution.

CHIARI.

11) **Mendelsohn** und **Gutzmann** (Berlin). **Untersuchungen über das Schlucken in verschiedenen Körperlagen und seine Bedeutung für die Krankenpflege.** *Deutsche med. Wochenschr. 44. 1899.*

Das Verschlucken ist in der Krankenpflege von grosser Bedeutung. Es schädigt den Kranken: 1. indem es seine Ernährung beeinträchtigt; Kranke, die sich verschlucken, pflegen nur ungern Nahrung zu sich zu nehmen; 2. durch Eindringen von Speisetheilen in die Luftwege (Erstickung, putride Bronchitis, Schluckpneumonie); 3. in gewissen Fällen durch die mit dem Verschlucken verbundene erhebliche Blutdrucksteigerung (Kopfschmerzen bei Struma, Herzstillstand, Bersten eines Aortenaneurysmas); 4. durch Dehnung des Lungengewebes.

Um das Verschlucken zu vermeiden pflegt man den Kranken aufzurichten, oder ihm den Kopf anzuheben.

Man glaubt in der Regel, dass bei dieser Lage der Abschluss des Digestions- gegen den Respirationsweg vollkommener sei und erklärt sich so die günstige Wirkung der aufrechten Lage. Die Verfasser weisen experimentell nach, dass diese Annahme irrig ist: Die Körpererhaltung hat auf die Festigkeit des Abschlusses nicht den geringsten Einfluss. Es kommen vielmehr folgende Ursachen in Betracht: Für das von den Verfassern sogenannte primäre Verschlucken, d. i. Verschlucken ohne Reflexaction ist das maassgebende Moment die im Liegen beeinträchtigte Athmung. Für das secundäre Verschlucken (wobei durch Reflex zunächst Husten ausgelöst wird und hierbei die Verschlüsse der Luftwege durchbrochen werden) geben Differenzen in der Sensibilität und in der Reflexerregbarkeit der einzelnen Abschnitte von Gaumen

und Rachenwand den Ausschlag. Ein Verschlucken findet umso leichter statt, je weiter von der Medianlinie ab der Bissen die Rachenwand passirt.

Einzelheiten müssen in der interessanten Arbeit selbst nachgelesen werden.

ZARNIKO.

12) **Gugenheim. Ueber Beziehungen zwischen Nasen- sowie Rachenaffectionen und anderweitigen Erkrankungen.** Vortrag im ärztl. Verein in Nürnberg.

Nichts Neues.

SCHECH.

13) **Hagedorn** (Hamburg). **Ueber Beziehungen von Allgemein-Krankheiten sowie von Nasen- und Halsleiden zum Gehörorgane.** *Bresgen's Sammlung. Band I. Heft 10.*

Bei der grossen Seltenheit von Affectionen des Halses, die einem Ohrleiden ihre Entstehung verdanken, während das umgekehrte Verhältniss, Ohrenerkrankungen, ausgehend von Leiden der Nase und des Halses, äusserst häufig zu constatiren ist, behandelt Verfasser eingehend nur die letztere Gruppe.

In der Einleitung weist Hagedorn auf die innigen anatomischen und physiologischen Beziehungen zwischen Mittelohrräumen und Nasenrachenraum hin als Erklärung für den grossen Einfluss, den pathologische Verhältnisse des letzteren auf erstere auszuüben vermögen.

Es folgt die Schilderung der Folgezustände im Gehörorgan bei acutem Nasenrachenkatarrh, sodann die bei chronischen (einfachen, hypertrophischen [Adenoide] und atrophischen) Katarrhen.

Des Ferneren werden besprochen die verhältnissmässig bösartige acute Otitis, zu der Diabetiker disponiren, sowie die durch Vermittlung der Tube vom Nasenrachenraum übergeleiteten acuten und chronischen Infectionskrankheiten. (Erisypel, Phlegmone, Scharlach, Diphtherie, Masern, Keuchhusten, Variola, Typhus, Soor — Tuberculose, Syphilis.)

Die Schilderung der Einwirkung gutartiger und bösartiger Neubildungen der Nase und des Nasenrachenraums sowie des Verschlusses der Nasenöffnungen beschliessen die Arbeit, deren Durchsicht namentlich den Nichtspecialisten vor Augen führen soll, wie nothwendig eine sorgfältige Beobachtung des Ohrs in all den erwähnten Krankheiten sich erweist, um rechtzeitig irreparable Folgen zu verhüten.

REIMERS (ZARNIKO).

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **G. Ostino. Rhinologische Mittheilungen und Bemerkungen. (Note ed appunti di Rinologia.)** *Gazzetta medica di Torino. 23. u. 30. März 1899.*

Verfasser veröffentlicht unter diesem Titel Beobachtungen, die er während des Lehrjahres 1897—1898 an der Turiner Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke gemacht hat und die sich zum Theil auf therapeutische Dinge beziehen, zum Theil seltene und interessante Krankheitsfälle zum Gegenstand haben. Von ersteren sind besonders die auf Ozaenabehandlung bezüglichen zu

erwähnen. Die Resultate, die mit der von Bufanti und Delle-Vedova inaugurirten Diphtherieserum-Therapie bei Ozaena erzielt wurden, erwiesen sich als durchaus transitorisch, ebensowenig führten Injectionen von Jod, die auf Veranlassung Gradenigo's, der in der Ozaena eine Affection „parasyphilitischer Natur" sieht, in einigen Fällen versucht wurden, zu dauernden Erfolgen. Da Verf. beobachtet hatte, dass während des Gebrauchs von Thyreoidinpräparaten eine stärkere Blutfüllung der Nasenschleimhaut auftritt — wie dieselbe zu Stande kommt, ist er nicht zu erklären im Stande — so suchte Verf. diese Beobachtung für die Ozaena-Behandlung nutzbar zu machen und gab einer Anzahl von Ozaenakranken Thyreoidin. Während in der That zuerst eine ausgesprochene Besserung des objectiven Befunds und der subjectiven Beschwerden zu constatiren war, erfüllte eine längere Zeit fortgesetzte Behandlung die an jene anfängliche Besserung geknüpften Erwartungen nicht. In Bezug auf die Chirurgie der Nasenhöhle ist Vf. ein unbedingter Lobredner der schneidenden Methoden auf Kosten der Galvanocaustik, die er — wohl etwas allzu summarisch — verwirft.

Unter den vom Vf. berichteten Krankheitsfällen ist erstlich hervorzuheben eine zu vollkommener Stenose der Nase führende Schleimhautschwellung, welche bei einem syphilitisch inficirten Individuum dem Auftreten der Roseola einige Wochen vorausging und auf specifische Behandlung zurückging, ferner ein Tuberculom der Nase, ein Angiom des Septums, eine durch Abtragung einer hyperplastischen das Septum berührenden Muschel geheilte Nasenepilepsie. Den Schluss bilden einige Bemerkungen über die Hertoghe'sche Auffassung der adenoiden Vegetationen als Symptom einer myxoedematösen Erkrankung, einer Auffassung, der Vf. auf Grund seiner Erfahrungen durchaus skeptisch gegenüber steht.

FINDER.

15) **Carlo Monari. Die Bacteriologie der Nasenhöhlen im physiologischen Zustand. (La batteriologia delle fosse nasali allo stato fisiologico.)** *Bollettin. delle malattie dell'orecchio etc. December 1898.*

Aus den Untersuchungen des Vfs. geht hervor, dass die Zahl der in der Nasenhöhle enthaltenen Keime zwar gering ist, dass sie jedoch niemals ganz fehlen, dass sie sich in den vorderen Regionen der Nase sehr viel zahlreicher finden, als in den hinteren und dass unter ihnen die pathogenen Microorganismen nur einen sehr geringfügigen Raum einnehmen. FINDER.

16) **John Dunn** (Richmond V. A.). **Ueber das Wachsthum des Aspergillus glaucus in der menschlichen Nase.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. 29.*

Auf Chromsäureätzschorfen, die Vf. einem 68jähr. Pat. am Septum hinten beiderseits gemacht hatte entwickelten sich ohne jegliche weitere Störung Rasen von Aspergillus glaucus. Nach Entfernung der Schorfe blieb die Nase vom Schimmelpilz verschont. ZARNIKO.

17) **A. Simoni. Ueber die Häufigkeit von Pseudo-Diphtheriebacillen in der Nasenschleimhaut. (Sulla frequenza dei bacilli pseudodifterici nella mucosa nasale.)** *L'Ufficiale Sanitario. No. VI. 1899.*

Vf. hat 40 Individuen — 10 mit gesunder, 30 mit catarrhalisch afficirter

Nasenschleimhaut — bacteriologisch untersucht und bei 3 gesunden und 18 an chronischem Nasencatarrh leidenden in grosser Menge Pseudo-Diphtheriebacillen gefunden. Da es sich nach seinen Untersuchungen hier um in ätiologischer und pathogener Beziehung völlig indifferente Microorganismen handelt, die sich mit Vorliebe auf der catarrhalisch erkrankten Nasenschleimhaut ansiedeln, so ist nach des Vfs. Ansicht bei jeder bacteriologischen Untersuchung der Nase auf Diphtherie des Autors Verfahren unumgänglich nothwendig.

FINDER.

18) **Fink** (Hamburg). **Die Bedeutung des Schnupfens der Kinder.** *Bresgen's Sammlung. Heft 2.*

Vf. schildert der Reihe nach die physiologische Function der Nase, den acuten Schnupfen der Kinder, den chronischen Schnupfen der Kinder und als dessen Folgezustände Entwickelungsfehler des Oberkiefers, chronischen Retronasalcatarrh, adenoide Vegetationen, Bronchitis, Pavor nocturnus, Laryngismus stridulus, Enuresis nocturna, mangelhafte Entwickelung des Thorax, Sprachstörungen, Ohraffectionen, Augenaffectionen, Aprosexie, Drüsenschwellungen (Retropharyngealabscess), Meningitis, Ekzema der Oberlippe und des Naseneingangs, Nasenblutungen. — Schon aus dieser Aufzählung geht hervor, dass der Schnupfen etwas weit umgrenzt wird, weshalb er dem ununterrichteten Leser (und für solche ist die Bresgen'sche Sammlung in erster Linie bestimmt) weit gefährlicher erscheinen muss, als er es in Wirklichkeit ist. Eine Einschränkung in dieser Hinsicht hätte, wie wir glauben, der fleissigen Arbeit nur zum Vortheil gereichen können.

ZARNIKO (REIMERS).

19) **Gaston. Die Rolle der Coryza bei der Sterblichkeit syphilitischer Neugeborenen. (Du rôle du coryza dans la mortalité des nouveau nés syphilitiques.)** *Soc. de pédiatrie Paris. October 1899.*

Wie Verf. glaubt, ist die Coryza bei den syphilitischen Neugeborenen nicht nur gefährlich als Zeichen von Lues, sondern auch als Coryza selbst und zwar in Folge von Störungen, welche sich aus der Verstopfung und dem Verschluss der Nase ergeben. Es ist angezeigt, die Allgemeinbehandlung mit einer localen zu vereinigen (Pulvereinblasungen mit dem Politzer'schen Insufflator, Ausspülungen etc.).

A. CARTAZ.

20) **J. A. Pratt. Nasencatarrh. (Nasal catarrh.)** *Med. Progress. Mai 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

21) **Frederick C. Rogers. Verhütung des Nasencatarrhs. (Prevention of nasal catarrh.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

22) **Nassauer** (München). **Zur Behandlung des Schnupfens.** *Klin. therapeut. Wochenschr. No. 1. 1899.*

N. empfiehlt, eine lichtrosa Lösung von Kal. hypermanganic. in warmem Wasser durch die Nase zu giessen und hernach einen in diese Lösung getauchten

Wassertampon in die Nase zu legen. — N. spricht sogar von einer fast specifischen Wirkung des Kal. hypermang. bei Schnupfen (!). CHIARI.

23) **W. Burton. Behandlung der Coryza. (Treatment of coryza.)** *Brit. Med. Journal. 10. Juni 1899.*

B. instillirt in die Nase eine wässerige Lösung von Tct. Belladonnae nach vorheriger Reinigung der Schleimhaut von Secreten durch Ausspritzung der Nase.

ADOLPH BRONNER.

24) **Herbert Tilley** (London). **Eitrige Secrete von der Nase: Ihre Diagnose und Behandlung. (Purulent nasal discharges: Their diagnosis and treatment.)** *The Clinical Journal. 22., 29. November u. 6. December 1899.*

Das Studium dieser klinischen Vorlesung sei Jedermann empfohlen, der sich über den gegenwärtigen Stand der in Rede stehenden Frage zuverlässig und schnell zu orientiren wünscht.

Der Verf. versteht es, in knapper Form und anschaulicher Darstellung, fern von jeder Uebertreibung und dabei mit den neuesten Untersuchungen und Operationsmethoden vertraut, ein treues Bild der sehr verwickelten Verhältnisse zu geben, welche dem Beobachter hier entgegentreten.

Zu einem Auszuge ist die Vorlesung nicht geeignet: sie bringt, wie bereits bemerkt, in knappem Rahmen so viel stofflichen Inhalt, dass es fast unmöglich ist, Excerpte zu geben. Als besonders rühmenswerth verdient die Mässigung hervorgehoben zu werden, welche der Verf. hinsichtlich operativer Eingriffe bei Nebenhöhleneiterungen zu seinem Grundsatz gemacht hat; er schreckt indessen in Fällen, welche dies erfordern, vor keinem Eingriff zurück und hat offenbar mittelst der von ihm empfohlenen internen und äusseren Operationen im Ganzen sehr günstige Resultate erzielt. FELIX SEMON.

25) **H. de Stella. Die Gonokokkenrhinitis beim Kinde. (La rhinite gonococcique chez l'enfant.)** *La Belgique Méd. No. 4. 1899.*

Nach den Beobachtungen des Autors an der Klinik von Prof. Eeman in Gent ist die blennorrhagische acute eitrige Rhinitis häufig beim Kinde und sollte sie in der Pathologie des ersten Lebensalters neben der eitrigen Ophthalmie gleichen Ursprungs figuriren. Der Autor hat diesbezüglich alle Kinderrhiniten bakteriologisch untersucht, welche sich in den letzten Monaten in der Klinik präsentirten, und darunter 15 Fälle mit Gonokokken aufgefunden.

Er theilt einen typischen Fall davon mit und kommt noch auf die Therapie zu sprechen. BAYER.

26) **Morf** (Winterthur). **Ein Beitrag zur Aetiologie der genuinen Rhinitis fibrinosa.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 21. 1899.*

Verf. kommt nach Durchsicht aller Berichte über Rhinitis fibrinosa zu zwei Schlussfolgerungen:

1. Die Rhinitis fibrinosa ist in der Mehrzahl der Fälle diphtheritischer Natur, also contagiös.

2. In einer Minderzahl ist der Klebs-Löffler'sche Bacillus nicht nachzuweisen, dagegen Strepto- und Staphylokokken.

Die drei Fälle, welche M. selbst zu beobachten Gelegenheit hatte, zeigten sich ebenfalls als diphtherisch. Nach Besprechung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse kommt Verf. zu folgendem Schlusssatz: „Steht es also fest, dass die genuine Rhinitis fibrinosa ätiologisch, anatomisch und klinisch sich in der Regel von der Diphtherie nicht unterscheidet, so ist es auch ganz selbstverständlich, wenn gegenüber diesen Fällen dieselben Schutzmaassregeln gefordert werden, wie bei Diphtheritis.“ Unter solchen Umständen ist es dann aber fraglich, ob von einer genuinen Rhinitis fibrinosa überhaupt noch gesprochen werden kann und ob daher nicht der Titel dieser Arbeit mit deren Inhalt im Widerspruche stehe. Dies rügt Spirig (St. Gallen) in einer kurzen Replik in der folgenden Nummer (22) dieses Fachblattes. Bei der kleinen Minderzahl der Fälle ohne Diphtheriebacillen konnten dieselben vielleicht durch die vielen in der Nase sich aufhaltenden Mikroben vernichtet worden sein, auch kann einmal die mikroskopische Untersuchung im Stiche lassen.

Jedenfalls hat Morf's Publication das Verdienst, diese fragliche Rhinitis fibrinosa übersichtlich besprochen und das practische Verhalten des Arztes gegenüber derselben bestimmt zu haben.

JONQUIÈRE.

27) **J. Gibb Wishart. Fibrinöse Rhinitis. (Fibrineous rhinitis.)** *Dominion Med. Monthly. Juli 1899.*

Während des letzten Sommers hat Verf. diese Affection mehrfach beobachtet. Sie ist von der Diphtherie zu unterscheiden und die Kranken brauchen nicht isolirt zu werden.

EMIL MAYER.

28) **Chauveau. Ein letaler Fall von fibrinöser Rhinitis. (Fatal case of fibrinous rhinitis.)** *St. Louis Med. and Surgical Journal. Juli 1899.*

In dem mitgetheilten Fall fand man Pneumonie- und Staphylokokken. Die Meningitis war wohl tuberculöser Natur.

EMIL MAYER.

29) **Giulio Martuscelli. Käsige und pseudo-käsige Rhinitis. (Rinite caseosa vera e pseudo-rinite caseosa.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1899.*

Verf. hat sich mit der in der rhinologischen Literatur Italiens in den letzten Jahren eine verhältnissmässig grosse Rolle spielenden Frage vom Wesen der Rhinitis caseosa besonders vom Standpunkte des Bakteriologen aus beschäftigt. Er ist zu einem zwischen den beiden extremen Ansichten vermittelnden Standpunkt gelangt, indem er unterscheidet zwischen einer Pseudo-Rhinitis caseosa, die keine Krankheit sui generis darstellt, sondern sich als Begleiterscheinung der verschiedensten mit Eiterung einhergehenden Krankheitsprocesse in der Nase (Nebenhöhleneiterungen, Fremdkörper, zerfallende Geschwülste) findet und bei der sich alle hauptsächlichen Mikroorganismen finden. Die Rhinitis caseosa vera ist dagegen eine selbstständige und durch constanten bakteriologischen Befund wohl charakterisirte Krankheit, und zwar ist der Krankheitserreger höchst wahrscheinlich der zuerst von Cohn 1874 beschriebene und als Streptothrix alba bezeichnete faden-

förmige Parasit, der wohl mit dem von verschiedenen Autoren bei Rhinitis caseosa gefundenen und von ihnen unter verschiedenen Namen beschriebenen — so von Sabrazès als Bacterium filamentosum — Microorganismus identisch ist.

FINDER.

30) **J. Arslan. Ein letztes Wort über die käsig-eitrige Rhinorrhoe (Rhinitis pseudo-caseosa). (Un'ultima parola sulla rinorrea purulenta caseiforme [rinite pseudecaseosa].)** *Bolletin. delle malattie dell'orecchio etc. April 1899.*

Verf., der bereits in einer Reihe von Publicationen der käsigen Rhinitis das Recht, als Krankheit sui generis zu gelten, bestritten hat, bringt 2 weitere Fälle zur Stütze seiner Ansicht, dass es sich stets nur um eine durch Verlegung der Nasenhöhle bedingte Complication eitriger Processe handelt.

FINDER.

31) **Garello. Ueber die Aetiologie der käsigen Rhinitis. (Sull'eziologia della rinite caseosa.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. 24. März 1899.*

Steht auf demselben Standpunkt, wie der vorige Autor, und belegt seine Ansicht gleichfalls durch Mittheilung zweier Fälle.

FINDER.

32) **Mlle. M. Robineau. Studie über den Erreger der Ozaena. (Etude sur le microbe de l'ozène.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Die Verf. giebt eine rein bakteriologische Studie. Der Ozaenaerreger ist ein polymorpher, unbeweglicher Bacillus. Er bildet keine Sporen und färbt sich nicht nach Gram. Am häufigsten hat er eine fadenförmige Gestalt, jedoch in alten Culturen eine zusammengezogene. In der Nasenschleimhaut Ozaenakranker findet er sich fast im reinen Zustand vor. In Culturen producirt er Riechstoffe, und zwar niemals angenehme; alte Culturen auf Kartoffeln entwickelten vorwiegend Ammoniakverbindungen, deren Geruch an alten Käse erinnerte. Die morphologischen und biologischen Kennzeichen gleichen denen des Friedländer'schen Bacillus. Das einzige, freilich nur durch Impfungen feststellbare Unterscheidungsmerkmal ist die abgeschwächte pyogene Virulenz. Verf. hält den Ozaenaerreger für einen Friedländer'schen Bacillus, der seine pyogene Kraft eingebüsst hat.

A. CARTAZ.

33) **Meslay et P. Violet. Bacteriologische Untersuchungen in 4 Fällen von Rhinitis atrophicans. (Examen bactériologique de quatre cas de rhinite atrophique.)** *Soc. anat. de Paris. Juli 1899. p. 746.*

Bei Untersuchung der Nasenschleimhaut fanden sich die Friedländerschen Pneumokokken, die sich von den durch Löwenberg beschriebenen in nichts unterschieden. Bei 3 Patienten waren otitische Complicationen vorhanden und es gelang bei zweien, im Eiter die Pneumokokken nachzuweisen.

A. CARTAZ.

34) **Paul George. Pathogenese der Ozaena und ihre Beziehungen zu den Entzündungen der Nebenhöhlen. (Pathogenie de l'ozène, rapports de l'ozène et des sinusites.)** *Thèse de Nancy. 1899.*

Verf. vertritt den Standpunkt seines Lehrers Jacques (Nancy) und folgert,

dass die Ozaena keine einheitliche Krankheit, sondern lediglich ein Symptomencomplex ist. Die Ursache der Ozaena ist stets dieselbe und beruht, wie er glaubt, in einer Eiterung des Naseninnern, am häufigsten jedoch der Nebenhöhlen. Nur eine radicale Beseitigung der Eiterung kann sicher das Fortschreiten des Leidens aufhalten. In jedem Falle zeigt eine exacte Untersuchung eine chronische Eiterung aus einer oder mehreren Höhlen. Die Therapie muss mit der Behandlung der erkrankten Höhlen beginnen.

A. CARTAZ.

35) **Meisser-Siebenmann** (Davos-Klosters). **Chamäprosopie. Ein ätiologisches Moment für manifeste Ozaena.** Baseler Dissertation. Berlin bei Schumacher. 1898.

Verf. macht nach einleitender Erörterung sämmtlicher Aetiologien über Rhinitis atrophica foetida bei den mechanischen Theorien von Zaufal, Hopmann und Kayser Halt, welche ihn zu vergleichenden Messungen der Schädelknochen bei 40 ihm in der Klinik Siebenmann's zugänglichen Ozaenakranken und bei Gesunden anregten. Folgende Maasse kommen hier zur Geltung: 1. Die Obergesichtshöhe, von der Mitte der Stirnnasennaht zur Mitte des Alveolarrandes des Oberkiefers; 2. die Obergesichtsbreite, d. i. das Jochbreitenmaass; 3. die Nasenhöhe von der Nasenstirnnaht bis zur Mitte des Nasenstachels; 4. die Nasenbreite, die grösste Breite der Apertura pyriformis; 5. die Gaumenhöhe; 6. die Hirnschädellänge; 7. die Hirnschädelbreite; 8. die Nasenlänge hatte schon Hopmann gemessen und bei der Ozaena regelmässig verkürztes Septum gefunden.

Die einfache allgemeine Formel dieser Berechnung ist $\frac{100 \,.\, x}{y} = Z$, wo x der kleinere, y der grössere der zusammengehörigen Diameter ist. Z ist der Quotient als Index bezeichnet, 100 der gemeinschaftliche decimale Multiplicator des Bruchs (Ref.), z. B.:

$$\frac{100 \times \text{Obergesichtshöhe}}{\text{Jochbreite}} = \text{Obergesichtsindex}$$

$$\frac{100 \times \text{Hirnschädelbreite}}{\text{Hirnschädellänge}} = \text{Hirnschädelindex u. s. w.}$$

Niedrige Obergesichter, Chamäprosopieindex 41,3—50,0.
Hohe Obergesichter, Leptoprosopieindex 50,1—52,6.

Es zeigte sich bald, dass die Ozaena ganz regelmässig bei den chamäprosopen Gesichtern gefunden wurde. Hiermit stimmten auch regelmässig die Nasen- und Gaumenindexe überein:

Nasenindex bei Chamäprosopen 51,1—58,1 = Platyrhynie,
„ „ Leptoprosopen bis 47,0 = Leptorhynie.
Gaumenindex bei Chamäprosopie bis 45,0 = Platystaphylie,
„ „ Leptoprosopie 45,1 und mehr = Hyphistaphylie.

Diese Verhältnisse machen aber noch keine Ozaena aus. Dazu ist ein weiteres Moment nothwendig. Man fand nun regelmässig in der Nasenschleimhaut der chamäprosopen Gesichter eine mehr oder weniger verbreitete Metaplasie des Epithels, d. h. Ersetzung des Flimmerepithels durch Plattenepithel. Dadurch erst

kommt in den weiten Nasenhöhlen mit dem grossen Nasenindex die Stagnation und Zersetzung des Schleimes, die Ausdörrung der Nasenschleimhaut zu Stande.

Verf. formulirt seine Schlusssätze folgendermaassen:

A. Rhinitis atroph. foetida findet sich in der Regel nur bei Breitgesichtern (Obergesichtsindex unter 50,1).

B. Bei „einseitiger Ozaena" ist das Epithel der anscheinend gesunden Seiten wenigstens im Gebiet der mittleren Muschel auch metaplasirt.

C. Für das Zustandekommen des klinischen Bildes der Rhinitis atrophica foetida müssen in der Hauptsache zwei Factoren zusammenwirken, nämlich

1. Epithelmetaplasie der Scheimhaut der Nase.
2. Chamäprosopie resp. weite Nasenhöhle.

Die Atrophie erklärt M. nach der Analogie des rascheren Schwundes des Knochens an austrocknenden, als bei feuchten Stellen des Cholesteatoms des Ohres (Siebenmann). Ob diese Erklärungsweise genügt und ob nicht noch ein dritter neurotrophischer Factor zu Hülfe gezogen werden muss, lässt Ref. dahingestellt.

JONQUIÈRE.

36) **Chauveau. Nervöse Herz- und Digestionsstörungen bei Ozaenakranken. Ein Beitrag zur Pathogenese der Ozaena. (Troubles nerveux, cardiaques, digestifs chez les ozéneux. Contribution à la pathogenie de l'ozène.)** *France Médicale. 14. April 1899.*

Da Verf. bei Ozaenakranken allerlei nervöse Beschwerden (Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Melancholie, depressive Zustände etc.) beobachtet hat, schliesst er auf einen neuropathischen Ursprung des Leidens.

PAUL RAUGÉ.

37) **Bommier. Ozaena. (L'ozène.)** *Nord médical. 1. October 1899.*

Uebersichtliche Aufzählung aller gegen dieses Leiden angewendeten therapeutischen Maassnahmen.

A. CARTAZ.

38) **Gouguenheim** u. **Lombart. Die interstitielle Kupfer-Electrolyse bei Ozaena. (De l'ectrolyse interstitielle cuprique dans l'ozène.)** *Revue internat. d'électrothérapie. 1899. p. 137.*

Die in den Annalen für Ohrenkrankheiten bereits publicirte Arbeit befasst sich mit der Indication und der manuellen Technik der Elektrolyse bei Rhinitis atrophicans. In 7 Fällen erzielte man recht befriedigende Resultate.

A. CARTAZ.

39) **Bock** (Göttingen). **Erfahrungen über die Electrolyse, speciell in der Nasenbehandlung.** *Berliner klin. Wochenschr. 45. 1899.*

Warme Empfehlung der Elektrolyse zur Beseitigung von Difformitäten des Septums.

ZARNIKO.

40) **Bruck** (Berlin). **Die Behandlung der genuinen Ozaena mittels der permanenten Tamponade.** *Allg. med. Central-Zeitung. 74. 1899.*

Durch das Einlegen von Streifen von hydrophilem Mull ist die Möglichkeit einer permanenten, Tag und Nacht stattfindenden Reiz- und Drainagewirkung im

Naseninnern gegeben, so dass es bei der consequenten und richtigen Ausführung dieser Methode niemals zur Krustenbildung und damit zum Auftreten des Foetors kommen könne.

SEIFERT.

41) **Réthi** (Wien). **Gegenwärtiger Stand der Therapie des hypertrophischen Nasencatarrhs.** *Deutsche Aerzte-Zeitung. 2, 3. 1900.*

Die Therapie hat sich in 2 Richtungen zu bewegen, erstens die Secretion auf normale Bahnen zu leiten und zweitens die Nasenpassage wieder wegsam zu machen, jedenfalls muss auch den ätiologischen Momenten Rechnung getragen werden. Zum Reinigen der Nase empfiehlt R. lauwarme physiologische Kochsalzlösung, bei eitriger Secretion eventuell Resorcin (1 : 200—300). Zur Beseitigung der Hypertrophien kommen die Aetzungen und die Abtragungen mit Schlinge oder Scheere in Betracht.

SEIFERT.

42) **Bruck** (Berlin). **Zur Abtragung der circumscripten Verdickungen der Nasenschleimhaut.** *Allg. med. Central-Zeitung. 41. 1899.*

Zur Abtragung der circumscripten Verdickungen der Nasenschleimhaut empfiehlt Bruck die auf langdauernder Compression und etappenweiser minimalster Durchquetschung der Gewebe beruhende protrahirte Abschnürung mittelst der kalten schneidenden Schlinge.

SEIFERT.

43) **Fein. Eine vereinfachte Methode der Abtragung der hinteren Muschelhypertrophien.** Wissenschaftl. Verein der k. und k. Militärärzte der Garnison Wien, Sitzung vom 8. April 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 35. 1899.*

F. demonstrirt die von ihm angegebene Doppelscheere und bespricht die Vortheile dieser Operationsmethode, zu denen namentlich die leichte Ausführbarkeit und die Möglichkeit der Cocainanwendung gehört.

CHIARI.

44) **Ostmann** (Marburg). **Zur Entfernung der hinteren Hypertrophien der unteren Muscheln.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. p. 200. 1899.*

O. combinirt die Anwendung des Galvanocauters und der kalten Schlinge. Er führt zuerst mit dem Furchenbrenner einen bogenförmigen Schnitt von hinten nach vorn und unmittelbar über dem unteren Rande der knöchernen Muschel durch die Schleimhaut bis auf den Knochen. Dann wird die kalte Schlinge so angelegt, dass sie beim Zuziehen in die galvanocaustische Furche gleitet. Man operirt nach O.'s Angaben mit dieser Methode sehr schnell, sicher fast ganz schmerzlos, unter sehr geringer Gefahr für das Ohr und nahezu unblutig.

F. KLEMPERER.

45) **Eugene R. Corson. Ein offenbar durch Rhinitis syphilitica chronica bedingter, dem Verlauf des Sinus longitudinalis superior folgender Fall von chronischer Pachymeningitis. (A case of chronic pachymeningitis following the course of the superior longitudinal sinus and apparently the result of chronic syphilitic rhinitis.)** *Atlanta Journal-Record of Medicine. Juli 1899.*

Bei der Autopsie fand man die Sinuswand stark verdickt und das Lumen sehr verengt. Ueber den Befund am Siebbein und Foramen coecum wird nichts berichtet.

EMIL MAYER.

46) **Pairier. Syphilitischer Nasenschanker. (Chancre syphilitique du nez.)** *Ann. de la Soc. Med. Chir. d'Anvers. August, September, October 1899.*

Auf der rechten Seite der Nase sitzt eine mehr als 2 cm grosse abgerundete Ulceration, die leicht kuppelförmig wenig tief ist und schwach erhöhte Ränder hat. Basis indurirt; Drüsen infiltrirt in der Reg. submaxill. Das Geschwür ist indolent, und secernirt wenig; Farbe von Muskelgewebe. BAYER.

47) **Holländer** (Berlin). **Ueber den Nasenlupus.** *Berliner klin. Wochenschrift. 24. 1899.*

Vf. sondert die Nasenlupuskranken in zwei Abtheilungen. Bei der ersten ist nur die Haut der Nase und des Gesichts ergriffen, der Process besteht Jahre und Jahrzehnte ohne zu tiefern Destructionen zu führen. Die Schleimhäute der obern Luftwege sind lupusfrei, Drüsenschwellungen fehlen. Bei der zweiten Gruppe besteht die Krankheit erst wenige Jahre, beginnt stets an der Nase und zwar von der Nasenschleimhaut. Von hier aus breitet sie sich sowohl über die Gesichtshaut, als auch nach den tiefer liegenden Luftwegen hinaus, ferner über Lippen, Gaumen, Bindehaut. Drüsenschwellungen fehlen nie. Die Prognose quoad vitam ist erheblich ungünstiger, als bei der ersten Gruppe.

Vf. empfiehlt zur Beseitigung des Erkrankten seine Methode der Heissluftcauterisation, bei der das lupöse Gewebe mortificirt wird, während das gesunde leben bleibt. An einer Reihe von Abbildungen werden die geradezu verblüffenden Resultate der Methode gezeigt. ZARNIKO.

48) **Max Goerke** (Breslau). **Zur Pathologie und Diagnostik der Nasen-Tuberculome.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. p. 50. 1899.*

Eine pathologisch-anatomisch Studie anknüpfend an die Untersuchung eines tuberculösen Tumors, der in der Nähe der Riesenzellen und innerhalb derselben eigenthümliche Gebilde von runder, länglicher, kleeblattförmiger oder bandartiger Gestalt zeigte, die sich bei näherer Untersuchung als Degenerationsproducte — hauptsächlich als Kalk und Elacin, letzteres ein Degenerationsproduct des Elastins der elastischen Fasern — herausstellten. Von besonderer diagnostischer Wichtigkeit ist der Nachweis von Tuberkelbacillen. Dieselben sind stets spärlich; man muss viele Schnitte durchmustern und besonders in den tieferen Schichten suchen. Gegenüber der Fremdkörperchentuberculose und den syphilitischen Granulomen ist der Bacillenbefund differentialdiagnostisch entscheidend. F. KLEMPERER.

49) **A. M. Goldstein. Oto-laryngologische Irrthümer, ihre Folgen und ihre Verbesserung. (Errors observed in oto-laryngological work; their results and remedies.)** *Medical Herald. Februar 1899.*

G. stellt einen Fall von Nasenbluten vor, bei dem alle Mittel in auffälliger Weise sich als unwirksam erwiesen. Es handelt sich um einen Fall von Hämophilie. EMIL MAYER

50) **George Dock. Ein Fall von letalem Nasenbluten mit Blutuntersuchung. (A case of fatal epistaxis with a study of the blood.)** *N. Y. Med. Journal.*

6. Mai 1899. N. Y. Med. Record. 13. Mai 1899. Boston Med. and Surg. Journal. 25. Mai 1899.

Der Pat. litt seit 6 Wochen an schwerem Nasenbluten. Local liess sich keine Ursache nachweisen. Trotz aller Mittel, die angewandt wurden, wiederholte sich die Blutung auch im Hospital immer wieder. Die Blutuntersuchung ergab eine starke Abnahme der rothen Blutkörperchen, die zuletzt auf 360,000 im qmm sanken, dabei zahlreiche kernhaltige Rothe und mässige Leucocytose. Der Pat. starb und bei der Section fand sich am Septum der Nase ein kleines Epitheliom.

LEFFERTS.

51) **J. M. da Costa. Spätes Nasenbluten bei Typhus. (Late epistaxis in typhoid fever.)** *Medical Fortnightly. 1. Februar 1899.*

Bericht über 2 Fälle. Das Nasenbluten schliesst sich meist an schwere cerebrale Symptome an und erleichtert dieselben dann. Es ist ein Zeichen der Deterioration des Blutes. Kälte äusserlich und Ergotin innerlich bringen es gewöhnlich zum Stehen.

EMIL MAYER.

52) **C. Kompe. Ueber die Bedeutung des Nasenblutens als Frühsymptom der Gehirnerweichung unter Berücksichtigung der Beziehungen beider Krankheiten zur Arteriosclerose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. H. 2. p. 181. 1899.*

5 Krankengeschichten. Die innere Nase wird von der Carotis interna und externa versorgt: besonders die erstere steht in der Häufigkeitsscala der arteriosclerotischen Erkrankung obenan. Bei spontanem Nasenbluten von Leuten in den vierziger Jahren ist an Arteriosclerose zu denken und event. die geeignete Behandlung (diätetisch-hygienische Therapie, Jodverbindungen) einzuleiten.

F. KLEMPERER.

53) **S. Marx. Einleitung des Aborts wegen unstillbaren Nasenblutens. (Induction of abortion because of uncontrollable epistaxis.)** *N. Y. Med. Record. 11. März 1899.*

Junge, gesunde Frau, seit 2 Jahren verheirathet, früher nie an Nasenbluten leidend. Eine Woche nach dem vermuthlichen Eintritt der Conception begann heftiges Nasenbluten. Dasselbe wiederholte sich alle 3—4 Tage, jedesmal in stärkerem Maasse. Als M. die Frau sah, die damals im 3. Monate war, bestand erhebliche Anämie und ein bedrohlicher Collaps. Die Nase war bereits fest tamponirt. Es wurde eine Salzlösung per Klysma gegeben und dann in Schleich'scher Narcose ein Accouchement forcé vorgenommen, wobei unter einigen Schwierigkeiten Zwillingsfrüchte zu Tage gefördert wurden. Der Uterus wurde mit Gaze ausgestopft. Die Patientin erholte sich sehr langsam. Zur Erklärung des Nasenblutens vermag Vf. nur die Theorie von der hydrämischen Plethora, die bei Schwangerschaft oft auftritt, anzuführen.

LEFFERTS.

54) **Carl Seiler. Das Nasenbluten; seine Ursache und Behandlung. (Epistaxis, its cause and treatment.)** *N. Y. Med. Record. 27. Mai 1899.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

55) **A. Rosenberg. Bemerkungen über Nasenbluten bei Kindern. (Remarks on nosebleed in children.)** *Pediatrics. 15. Juli 1899.*

Nasenbluten kommt bei Kindern nicht selten vor. Vf. räth Cauterisation der blutenden Stelle am Septum mit Chromsäure unter Cocainanästhesie.

EMIL MAYER.

56) **Marcel Natier. Drei Fälle von spontaner Blutung aus dem Septum. (Trois cas d'hémorrhagies spontanées de la cloison.)** *Journ. de Praticiens. 13. Mai 1899. Laryngoscope. August 1899.*

Zwei Fälle zeigten varicöse Venen mit Ulcerationen, während im dritten eine Ruptur des inneren Astes der Art. spheno-palatina vorlag. Die blutende Stelle lag in diesem Falle sehr viel höher und weiter rückwärts als in den beiden ersten. Vf. glaubt nicht, dass die Heilung von Nasenbluten Arteriosclerose zu begünstigen vermag.

A. CARTAZ.

57) **Robert C. Myles. Fälle von traumatischer Blutung aus Nase und Rachen. (Traumatic hemorrhage from nose and pharynx with report of cases.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

M. beschreibt mehrere Fälle von gefährlichen Blutungen, bei denen man erst erkannte, worum es sich handelte, als die Patienten nahezu verblutet waren. Sobald man bemerkt, dass man einen Bluter vor sich hat, soll man sofort Tampons mit Acid. tanno-gallicum appliciren.

EMIL MAYER.

58) **Gillette. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 11. Februar 1899.*

G. empfiehlt Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd. Er nimmt 1 Theelöffel voll oder mehr unverdünnt und injicirt es mittelst der gewöhnlichen Spritze. Die Heilung ist eine unmittelbare. Auch bei Operationen in den Nasenhöhlen, wenn das Blut das Gesichtsfeld verdunkelt, injicirt er H_2O_2.

LEFFERTS.

59) **Rendu. Die Behandlung des recidivirenden Nasenblutens. (The treatment of recurrent epistaxis.)**

Rp. Antipyrin 0,45
Tannin 0,9
Saccharin 9.
S. Zur localen Application.

LEFFERTS.

60) **Boyd Cornick. Zur Stillung von Nasenbluten. (To control epistaxis.)** *Canada Lancet. Mai 1899. N. Y. Med. Journal. 10. Juni 1899.*

C. führt ein vorher sorgfältig ausgekochtes, ausgedrücktes Stück präparirten Schwamms, in Gestalt und Länge einem kleinen Finger ähnlich, mittelst einer Zange vorsichtig in die blutende Nasenseite ein. Styptica sind nicht nöthig; sie verursachen nur unnützen Reiz. Der Schwamm soll 12 Stunden, unter keinen Umständen länger als 24 Stunden liegen bleiben. Nachher kann geschmolzenes Vaselin mit einem Gehalt von 0,5 pCt. Carbolsäure in ausgiebigen Mengen local applicirt werden.

LEFFERTS.

61) **A. W. Watson. Nasenbluten. (Nasal hemorrhage.)** *N. Y. Med. Record. 3. Juni 1899. The Kansas City Medical Record. Juni 1899.*

Ein 16- bis 24mal zusammengefalteter Gazestreifen wird mittelst eines durch die Nase geführten Fadens um die Mitte gefasst und vorsichtig bis in den hinteren Theil der Nasenhöhle gezogen.

LEFFERTS.

62) **P. Raugé. Die Epistaxis und ihre Behandlung.** *Wiener medicin. Blätter. No. 33. 1899.*

R. spricht sich u. a. gegen die Bellocq'sche Tamponade aus, die in den seltensten Fällen von Epistaxis indicirt ist. Für den Specialisten nichts Bemerkenswerthes.

CHIARI.

63) **A. Courtade. Tamponade der Nasenhöhlen mit einer neuen Sonde. (Du tamponnement des fosses nasales avec une nouvelle sonde.)** *Société de Therapeutique. März 1899.*

Verf. weist auf die Schwierigkeiten hin, welche die Anwendung der classischen Bellocq'schen Sonde mit sich bringt und schlägt vor, diese durch eine neue zu ersetzen, die folgende Vortheile bietet: a) sie ist dünner (2 mm Durchmesser) und gestattet den Durchgang selbst durch die engsten Nasenhöhlen, b) ihre Krümmung ist weniger ausgesprochen und c) sie führt am Ende eine nicht geschlossene Oese, welche gestattet, die den Tampon tragende Fadenschlinge durch einfaches Anhaken zu befestigen.

PAUL RAUGÉ.

64) **W. H. Peters. Ein einfacher und vollkommener Nasentampon. (A simple and perfect nasal tampon.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 22. April 1899.*

P. befestigt einen Condom auf einem weichen Catheter, führt ihn in die Nase ein und bläst ihn auf.

EMIL MAYER.

65) **W. L. Carroll. Eine einfache und wirksame Methode zur Stillung von Nasenbluten. (A simple and effective device to arrest epistaxis.)** *N. Y. Med. Record. 10. Juni 1899.*

C. führt mittelst eines weichen Catheters einen gewöhnlichen Condom in die Nase ein.

LEFFERTS.

66) **R. Scheinkman. Ein Instrument zum Gebrauch bei Nasenbluten. (An instrument for use in epistaxis.)** *N. Y. Med. Record. 27. Mai 1899.*

Der complicirte Apparat ist ohne Wiedergabe der die Mittheilung begleitenden Abbildung kaum zu veranschaulichen. Im Wesentlichen handelt es sich um 2 wurstähnliche Gummikörper, die mit Luft aufgeblasen sind und durch einen extranasalen Theil zusammengehalten werden.

LEFFERTS.

67) **Roche. Nasenbluten gestillt durch heisse Aufschläge. (Epistaxis cured by poultices.)** *N. Y. Med. News. 21. Januar 1899.*

R. legt bei Nasenbluten einen sehr heissen Umschlag auf den Nacken. Mit diesem einfachen Mittel hat er stets Erfolg gehabt, manchmal selbst in Fällen, in denen viele andere Mittel, wie Compression, Eis, Adstringentien, fehlgeschlagen waren.

LEFFERTS.

68) **Freudenthal** (Peine). **Lebensgefährliche Nasenblutung gestillt durch örtliche Gelatineeinspritzungen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1899. Therapeut. Beil. 12.*

Nachdem Verf. bei einer 68jährigen stark aus der rechten Nasenhöhle blutenden Dame vergeblich die vordere und die hintere Tamponade versucht hatte, verfiel er, als die Pat. schon dem Verbluten nahe war, auf die Idee, eine Gelatinelösung (6 Blättchen weisser Gelatine auf 1 Obertasse kochenden Wassers) mit einer Spritze in die blutende Nase zu injiciren. Die Blutung stand augenblicklich.

ZARNIKO.

69) **Zacharias Donogány** (Budapest). **Beiträge zum histologischen Bau der knorpligen Nasenscheidewand mit besonderer Berücksichtigung der habituellen Nasenblutungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. H. 1. 1899.*

Verf. hat an 100 Septen die zu Blutungen besonders geneigte sogenannte Kiesselbach'sche Stelle mikroskopisch untersucht und kommt zu folgenden Resultaten:

1. Die Blutungen von dem knorpligen Nasenseptum werden in der Mehrzahl der Fälle durch locale Veränderungen verursacht.

2. Diese Veränderungen haben entweder pathologischen oder embryonalen Ursprung. Im ersten Falle ist Gefässerweiterung, im zweiten eine Art von Corpus cavernosum vorhanden.

3. Neben diesen Veränderungen spielt auch das subepitheliale Bindegewebe eine wichtige Rolle, welches durch seine stärkere Entwickelung die Entstehung der Blutungen erschweren, und durch seine Atrophie oder Fehlen erleichtern kann.

F. KLEMPERER.

70) **Réthi** (Wien). **Die Verbildungen der Nasenscheidewand in ihren örtlichen und allgemeinen Beziehungen.** *Bresgen's Sammlung. Bd. I. Heft 9.*

Nach einigen pathologisch-anatomischen Bemerkungen theilt Verf. die ätiologischen Momente in solche traumatischer, compensatorischer und physiologischer Natur. Letzteres Moment ist das häufigste. Sowohl bei den Deviationen wie den Auswüchsen spielen meist allgemeine Ursachen eine wesentliche Rolle, zumal ungleiche Wachsthumsvorgänge des Gesichtsskelets.

Ebenso sind auch die Symptome zum grossen Theil allgemeiner Art. Störungen der Respiration, der Sprache, des Geruchs und Geschmacks, Erkrankungen des Auges, des Nervensystems treten auf, die auch nach Beseitigung des Localleidens oft noch persistiren.

Was die Therapie betrifft, so erfordern geringe Verbiegungen keine Behandlung, bei mittleren genügt Aetzung oder Galvanokaustik. Bei den grösseren empfiehlt Verf., falls sie vorn liegen, einen Kreuzschnitt in das hervorragende Septum und Einlage eines Röhrchens. Die rückwärtsliegenden erfordern einen Schnitt von der concaven Seite unter Einlage einer Schutzplatte. Bei den Auswüchsen grösserer Art ist Säge, Meissel oder electrischer Bohrer indicirt. Electrolyse ist nicht so empfehlenswerth. Auf die Nachbehandlung ist grosse Sorgfalt zu verwenden.

SALOMON (ZARNIKO).

71) **Georg Bönninghaus** (Breslau). **Ueber die Beseitigung schwerer Verbiegungen der knorpligen und knöchernen Nasenscheidewand durch die Resection.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. p. 269. 1899.*

Krieg empfahl 1889, das knorplige Septum, soweit es deviirt ist, von der convexen Seite aus mit Einschluss der Schleimhaut und Knorpelhaut zu reseciren. B. dehnt diese Methode aus, indem er auch den deviirten Knochen resecirt. Er stellt in tabellarischer Form 19 Fälle, die er so behandelt hat, zusammen und bespricht eingehend die Technik seiner Operation, welche „die hochgradigsten und ausgedehntesten Deviationen von der Nasenspitze bis in die Choanen, den Schiefstand der äusseren Nase nicht ausgeschlossen, zu beseitigen im Stande ist".

F. KLEMPERER.

72) **E. Baumgarten. Das Schleich'sche Verfahren bei den Operationen der Septumverbiegungen und Leisten. (Az orrsövény elhajlásainak és léczemek mutevése a Schleich-féle eljárással.)** *Orvosi Hetilap. No. 26. 1899.*

Verf. referirt über seine Erfahrungen mit der von Schleich eingeführten anästhetischen Methode, die er bei verschiedenen Operationen in der Nasenhöhle anwendete. Er ist mit den Erfolgen sehr zufrieden und benutzt die Methode bei allen Scheidewandverkrümmung- und Crista-Operationen. Vor dem Einstich anästhesirt er oberflächlich mit Cocain. Anfänglich benutzte er zur Einspritzung die Originallösung, die er jedoch später mit einer einfachen physiologischen Kochsalzlösung vertauschte. Verf. zieht den Meissel bei diesen Operationen einem jeden anderen Instrumente vor. Die Vortheile des Verfahrens sind eine minimale oder gar keine Blutung und eine totale Anästhesie, wodurch ermöglicht wird, jede Operation in einer Sitzung durchzuführen. Eine strenge Tamponirung ist nicht zu vernachlässigen. Bei Entfernung der mittleren Muschel, Punction der Highmorshöhle und selbst bei Tracheotomie hat sich das Verfahren bewährt.

v. NAVRATIL.

73) **W. L. Grant. Gewöhnliche nasale Ursachen von Augensymptomen. (Common nasal causes of eye symptoms.)** *Charlotte Med. Journal. August 1899.*

Nach Entfernung kleiner Spinen am Septum sollen gewisse Augensymptome geschwunden sein.

EMIL MAYER.

74) **Breitung** (Koburg). **Die Bedeutung der elektrischen inneren „Trommelmassage" der Nasenschleimhaut für den praktischen Arzt und ihre Technik.** *Deutsche Mediz.-Zeitung. 96. 1899.*

Zur Massage der Nasenschleimhaut hat Breitung ein Instrument angegeben, das im Wesentlichen aus einer durch electrischen Strom in hämmernde Bewegung zu versetzenden Sonde besteht, diese mit Watte armirt und in Jodvasogen oder Mentholvasogen eingetaucht, wird in die Nase eingeführt und allmälig über die ganze Schleimhaut geführt, so dass die Dauer der Massage anfangs 1/2 Minute, später 3—5 Minuten beträgt. Der therapeutische Effect ist bei den atrophischen Processen höher als bei den hyperplastischen, ganz besonders viel leistet die Massage bei der Ozaena.

SEIFERT.

75) A. H. **Herzog. Die moderne Therapie der Nasenkrankheiten. (The modern treatment of diseases of the nose.)** *Internation. Journal of Surgery. Juni 1899.*

Weder neu noch modern. EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

76) **Audry** (Toulouse). **Ueber eine Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut, bestehend in der Entwickelung atrophischer Talgdrüsen.** *Monatsh. f. prakt. Dermat. 3. XXIX. 1899.*

Die von Fordyce beschriebene Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut, welche durch das Auftreten miliarer, feinster, gelbweisser Körner charakterisirt ist, die mehr oder minder zahlreich unmittelbar unterhalb des Epithels der Schleimhaut der Lippen und Wangen liegen, besteht nach den Untersuchungen von Audry in Talgdrüsen. Jedes Korn entspricht einer Talgdrüse oder einem Talgdrüsenläppchen. SEIFERT.

77) **Delbanco** (Hamburg). **Ueber das Vorkommen von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes.** *Monatsh. f. prakt. Dermat. 8. 1899.*

Ausführliche Beschreibung des Befundes von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes, an welchen nichts gefunden wurde, was als Andeutung von Haaren aufzufassen wäre. Eine Tafel mit sehr guten farbigen Abbildungen illustrirt den makroskopischen und mikroskopischen Befund. SEIFERT.

78) **Delbanco** (Hamburg). **Ueber die Entwickelung von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes.** *Monatsh. f. prakt. Dermat. XXIX. 3. 1899.*

In seiner Notiz zum vorstehenden Aufsatze bestätigt Delbanco nach unabhängig von Audry gemachten Untersuchungen diesen Befund von Talgdrüsen in der Mundschleimhaut. SEIFERT.

79) **Delbanco. Ueber das Vorkommen versprengter Talgdrüsen in der Mundschleimhaut.** *Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1899.*

Sie manifestiren sich als dicht gedrängt lagernde gelbe Körner, namentlich auf der Wangenschleimhaut und zwar an den den Zahnreihen entsprechenden Stellen.

Auch Audry in Toulouse fand dieselben. SCHECH.

80) **Montgomery** u. **Hay** (California). **Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes.** *Dermat. Zeitschr. VI. Bd. 6. Heft. 1899.*

Nach den Untersuchungen von Montgomery und Hay dürfte das Vorkommen von Talgdrüsen in der Schleimhaut der Mundhöhle kaum zu den grossen Seltenheiten gehören. SEIFERT.



81) **Carl Röse. Die pflanzlichen Parasiten der Mundhöhle und ihre Bekämpfung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1899.*

Das beste bactericide Mittel ist 50 pCt. Alcohol (Franzbranntwein), mit dem aber wegen der Schmerzhaftigkeit, die er verursacht nicht gespült oder gegurgelt werden, sondern nur die Zahnbürste befeuchtet werden darf. In Einklang mit Buchner kommt dem Alcohol aber auch eine specifisch heilende Mischung zu, da er arterielle Fluxion hervorruft, unter deren Einfluss die venöse Stase des kranken Zahnfleisches allmählich verschwindet.

SCHECH.

82) **G. W. Griffiths. Eine seltene Abnormität des Mundes. (A rare abnormality of the mouth.)** *Brit. Med. Journ. 25. Juli 1899.*

8 Monat-Kind, schrie nach der Geburt, aber konnte nicht schlucken. Das Zahnfleisch war vollständig mit einander und im hinteren Theile des Mundes auch mit der Wange verwachsen, so dass der Mund nicht geöffnet werden konnte. Nur die hintere Hälfte der Zunge war entwickelt. Der harte Gaumen zeigte eine breite Spalte. Es fehlte die hintere Nasenöffnung und die Uvula. Kein Zeichen von Syphilis. Das Kind starb an Erstickung.

ADOLPH BRONNER.

83) **Merx. Ueber einen Fall von chronischer Urticaria der Schleimhaut der Halsorgane.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1899.*

34jähriger neurasthenischer Mann mit Schlingbeschwerden und Sodbrennen, das wiederholt auftrat und nach wenigen Stunden verschwand. Die objectiven localen Erscheinungen im Halse zeigten das Bild einer beginnenden Phlegmone; später Quaddeln auf der Zunge, und nach Verschlucken einer Fischgräte Quaddeln im Kehlkopfe. Von Nutzen waren Bepinselungen mit 3—4 pCt. Höllensteinlösung und Bromkali.

SCHECH.

84) **W. Lissauer** (Berlin). **Ueber das Verhältniss von Leukoplakia oris und Psoriasis vulgaris.** *Deutsche med. Wochenschr. 31. 1899.*

Bei 50 mit Psoriasis behafteten Pat. fand L. 10 mal Leucoplacie der Mundschleimhaut von den schwersten Formen bis zur Epitheltrübung der Mundwinkel (Erb). Danach muss ein Zusammenhang beider Affectionen angenommen werden. Gegen ihre Identificirung spricht der verschiedenartige histiologische Befund: Bei der Leucoplacie sitzt der Process im Stratum granulosum (starke Vermehrung der Eleidinzellen mit consecutiver Abplattung des Granularkörpers); bei der Psoriasis ist eine vorwiegend die Papillarschicht betreffende entzündliche Veränderung vorhanden. Indessen glaubt Vf., dass die Psoriasis, eine zweifellos dyscrasische Störung, die Widerstandsfähigkeit der Mundschleimhaut herabsetzt, bei der eine auslösende Schädigung, in der Regel ist es das Tabakrauchen, die Leucoplacie hervorruft. Die Rolle der Psoriasis kann in andern Fällen eine andre Dyscrasie (Ichthyosis, besonders aber auch die Syphilis) übernehmen. — Therapeutisch empfiehlt Vf. neben Tabaksabstinenz Milchsäure 50 proc. (Joseph).

ZARNIKO.

85) **Schütz. Leukoplakia oris bei Psoriasis und anderen Dermatosen. (Leucoplakia oris in psoriasis and other dermatoses.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 15. Juli 1899.*

S. berichtet über 3 Fälle, einen 10jährigen Knaben und 2 junge Mädchen betreffend. Im allgemeinen ist das Leiden bei Kindern und Frauen selten.

EMIL MAYER.

86) **R. Pott. Die Mundfäule der Kinder und ihre Beziehung zur Maul- und Klauenseuche.** *Münch. med. Wochenschr. No. 30. 1899.*

P. fasst den Begriff Mundfäule weiter und versteht darunter Fälle von ausgesprochener Stomatitis; ausgenommen davon sind die Schleimhautexantheme der Mundhöhle, die diphtheritischen, pseudodiphtheritischen Beläge der Geschwüre, sowie die Syphilis und Hydrargyrose. Läsionen der Mundhöhle, Substanzverluste des Epithels durch Lutschbeutel, Zersetzungsvorgänge, spielen eine ätiologisch sehr wichtige Rolle. Die sporadisch auftretenden Fälle von Stomatitis aphthosa ulcerosa sind primäre Localerkrankungen. Auch der Genuss roher oder ungenügend gekochter Milch von maul- und klauenseuchekranken Thieren kann eine Stomatitis aphthosa herbeiführen, doch giebt es auch sicher Fälle, wo diese Aetiologie auszuschliessen ist.

SCHECH.

87) **M. Sachs** (Wien). **Demonstration eines Pemphigus.** K. k. Gesellschaft der Aerzte, Sitzung vom 9. Juni 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1899.*

Die Erkrankung erstreckte sich auf die Conjunctiva sowie auf die Rachen- und Mundhöhlenschleimhaut; während erstere nunmehr geheilt ist, besteht letztere Affection noch fort und ist es infolge Schrumpfung der Schleimhaut schon zu Kiefersperre gekommen.

CHIARI.

88) **Netter** (Paris). **Der Scorbut der kleinen Kinder. (Le scorbut infantile.)** *Semaine médicale. 22. Februar 1899.*

Man beobachtet öfters bei kleinen Kindern einen Zustand allgemeiner Abgeschlagenheit und Anämie begleitet von Schwellung und Blutung des Zahnfleisches. Derselbe erinnert vollständig an den Scorbut der Erwachsenen und hat auch dieselbe Ursache: den Mangel an frischer Nahrung, den Gebrauch gekochter und sterilisirter Milch. Diese Krankheit kommt wesentlich sporadisch vor und wird öfter in den wohlhabenden Klassen beobachtet. Kinder, die mit frischer Milch genährt werden, können nicht an Scorbut erkranken. In dieser Thatsache liegt auch das Mittel, die Affection zu vermeiden und, wo sie bereits besteht, zu heilen.

PAUL RAUGÉ.

89) **Facdonel. Der Scorbut. (Du scorbut.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Der Vf. nimmt an, dass der Scorbut eine parasitäre Krankheit ist, verursacht durch das Eindringen eines normaler Weise in der Mundhöhle vorkommenden Microorganismus in das Zahnfleisch. Der Krankheitsprocess beschränkt sich nicht auf die localen Veränderungen, sondern es kommt auch zu Störungen in der Blutzusammensetzung, die sich durch Verminderung der weissen und rothen Blutkörperchen, sowie des Hämoglobins äussern.

PAUL RAUGÉ.

90) **L. Leclercq. Differentialdiagnose der Kinderstomatiten und ihre Behandlung. (Diagnostic différentiel des stomatites infantiles et leur traitement.)** *La Clinique. No. 34. 1899.*

L. theilt die Stromatiten ein in 1. oberflächliche nicht ulcerirende Stomatiten (Soor, exfoliative und erythematöse Stomatiten) und 2. tiefe, ulceröse Stomatiten (Noma, ulceromembranöse Stomatitis, Herpes, Aphthen u. s. w.). Daran knüpft er therapeutische Bemerkungen.

BAYER.

91) **Beco. Ueber die diphtheroide Kinderstomatitis. (Sur la stomatite diphtéroide infantile.)** *Annales de la Soc. Méd. Chir. de Liège. No. 2. 1899.*

Im Verlaufe von einigen Monaten kamen in der Klinik von Prof. Masius 13 Fällen von diphtheroider Stomatitis zur Beobachtung; dieselbe stellt sich als eine essentiell discrete Localaffection derMundschleimhaut dar, deren hauptsächlichster Sitz die Mitte der Unterlippe, die Ränder und der Rücken der Zunge und seltener das Zahnfleisch ist. Sie präsentirt sich als eine über das Schleimhautniveau hervorspringende Plaque von der Grösse eines Stecknadelknopfs bis zu der eines 1 Centimeterstückes. Die Farbe ist gelblich, grauweiss; die Oberfläche glatt, manchmal ungleich, reticulirt; der Contur gewöhnlich oval manchmal circulär, die Affection ist wenig schmerzhaft; leichte Drüsenanschwellung; manchmal vermehrter Speichelfluss, selten säuerlicher fötider Geruch. Dauer 8—14 Tage. Sie ist zweifelsohne parasitärer Natur (hauptsächlich Staphylococc. aureus aber auch Streptococcus). Mittheilung mehrerer Fälle.

BAYER.

92) **V. Pagliano** und **L. Francois** (Marseille). **Purpura infectiosa im Verlauf einer ulcerös-membranösen Stomatitis. (Purpura infectieux au cours d'une stomatite ulcéro-membraneuse.)** *Presse médicale. 26. April 1899.*

Der Fall ist ein seltener, da im allgemeinen die ulcerös-membranöse Stomatitis von generellen Complicationen frei ist. Die bacteriologische Untersuchung ergab Stäbchen, die keine Diphtheriebacillen waren, von denen aber wenig Positives gesagt wird.

PAUL RAUGÉ.

93) **Weil. Ausgedehnte Ulceration des Mundes, Pharynx und Larynx. (Extensive ulceration of the mouth pharynx and larynx.)** *Pediatrics. Juli 1899.*

Vf. diagnosticirt in seinem Falle das Nebeneinanderbestehen einer alten, langsam vorschreitenden Tuberculose und einer frischen ulcerösen Stomatitis.

EMIL MAYER.

94) **Robert Kirk. Neuritische Geschwüre des Mundes. (Neuritic ulcers of the mouth.)** *Brit. Med. Journal. 20. März 1899.*

K. bringt diese Geschwüre in Zusammenhang mit einer perversen oder unzureichenden Function der Thyroidea.

ADOLPH BRONNER.

95) **W. K. Sibley. Neurotische Geschwüre des Mundes. (Neurotic ulcers of the mouth.)** *Brit. Med. Journal. 15. April 1899.*

S. beschreibt 3 Fälle. Eine 74jährige Wittwe mit schmerzhaften Geschwüren auf der Zunge, dem Zahnfleisch und der Backenschleimhaut, die seit 24 Jahren in

gewissen Intervallen auftreten; während der letzten 15 Jahre halten die Attacken länger an, manchmal Monate lang. Dann eine 50jährige unverheirathete Person, die an recidivirenden Geschwüren im Munde leidet, so lange sie zurückdenken kann. Schliesslich eine 64jährige Wittwe, die das Leiden seit 3 Jahren hat, der Störung liegt in erster Linie ein nervöses Moment zu Grunde. Die Allgemeinbehandlung ist deshalb besonders wichtig. S. zieht den Gebirgsaufenthalt dem an der See vor. Local empfiehlt er Jodtinctur oder Cocain und Borax. Abends ist öfters Opium erforderlich.

ADOLPH BRONNER.

96) **Redact. Notiz. Tabes mit Cancrum oris als letaler Complication. (Locomotor ataxia with cancrum oris as a fatal complication.)** *Journ. of the Am. Med. Assoc. 22. Juli 1899.*

Aussehen, Verlauf und Ausgang kennzeichnen das Cancrum oris als einen infectiösen Process von grosser Virulenz. Es wird fast stets letal und tritt am gewöhnlichsten zu exanthematischen Krankheiten bei geschwächten Kindern hinzu. In einem Falle von Tabes mit Cancrum oris ergab die Section ein Uebergreifen des gangränösen Processes von der Wange durch den Schädel auf die Hirnbasis.

EMIL MAYER.

97) **Berthier. Ueber einen Fall von perforirendem Mundübel. (Sur un cas de mal perforant buccal.)** *La Policlinique. No. 6. 1899.*

Der Ausdruck „perforirendes Mundübel", „mal perforant buccal" stammt von Fournier her, und bezeichnet eine sehr seltene Affection, welche charakterisirt ist durch einen ulcerativen Process ähnlich dem an der Fusssohle, weshalb Baudet, der einige Beobachtungen davon gemacht und veröffentlicht hat, denselben einem trophoneurotischen Ursprung zuschreibt. Die Symptome sind kurz folgende: Ausfallen der Zähne verbunden mit neuralgischen Schmerzen, ja einem vollständigen Tic douloureux; Resorption des Proc. alveol. und Perforation des Kiefers bis zu der Ausdehnung, dass man den Medius einführen kann; der die Perforation begrenzende Knochen ist nicht cariös; die Perforationsöffnung führt in den Sinus; Flüssigkeiten kommen zur Nase heraus und solide Speisen condensiren sich im Sinus zu einer soliden Masse.

Bei Tabes trifft man als Complication die progressive Resorption des Kiefers und vollständiges Ausfallen der Zähne an. Man bringt daher das „perforirende Mundübel" in ätiologischen Zusammenhang mit der Tabes, obgleich diese Hypothese bis jetzt durch keine Autopsie bekräftigt worden ist.

Ob Kranke, die zur Zeit des Uebels noch keine Tabetiker sind, es später werden?

Zum Schluss Mittheilung eines einschlägigen Falles von ovulärer Perforation des rechten Alveolarfortsatzes im Niveau des 1. grossen Backenzahns von der Grösse: 1,5 cm Länge auf 1 cm Breite, so dass man leicht in die hintere Nasenhöhle eindringen kann; betrifft eine Frau von 58 Jahren.

BAYER.

98) **Lestage. Das Enanthem in Mund und Rachen im primären Stadium der Syphilis. (De l'énanthème bucco-pharyngé à la période primaire de la syphilis.)** *Thèse de Bordeaux. 1899.*

Vf. bemerkte öfters, gleichzeitig mit dem primären Schanker und zu gleicher

Zeit wie die Induration entstehend, ein Enanthem, das flüchtig, in etwa 10 Tagen vergehend, sich an der unteren und vorderen Partie des Gaumensegels, an den Mandeln und im Rachen localisirt. Von Schwellung der Halsdrüsen ist dasselbe nicht begleitet.

E. J. MOURE.

99) **Leguen** (Paris). **Syphilis der Mundhöhle und des Gesichts. (De la syphilis bucco-faciale.)** *Indépendance médicale. 8. März 1899.*

L. bespricht in einem klinischen Vortrag

1. den Schanker der Mandel, der durch den andauernden Schmerz und die Drüsenschwellung charakterisirt ist. Er kommt vor in a) erosiver, b) ulceröser, c) anginöser und d) diphtheroider Form;

2. die Syphilis der Lippen: a) scleröse, b) gummöse Form;

3. die Syphilis der Zunge, deren klassische Formen die a) gummöse und b) scleröse Glossitis sind.

Zum Schluss erwähnt L. die Erscheinungen der Syphilis im Pharynx.

PAUL RAUGÉ.

100) **Lewis S. Somers. Späte Folgezustände von Syphilis im Mund-Rachen. (Late consecutive oro-pharyngeal syphilis.)** *International Medical Magazine. Juli 1899.*

Wenn das frühere Bestehen von Syphilis geleugnet wird und alle Erscheinungen dieser Krankheit auch längst verschwunden sind, so zeigen oft noch Veränderungen im Mundrachen und besonders an der Zunge an, dass die Krankheit vorhanden war. Ein Studium dieser Partien ermöglicht öfters das Verständniss dunkler Symptome, deren Bedeutung auf andere Weise nicht erkannt werden würde.

EMIL MAYER.

101) **Göppert** (Breslau). **Ueber die Anwendung schmerzstillender Mittel bei Munderkrankungen der Kinder.** *Jahrb. f. Kinderheilk. 49. 1899.*

20 Fälle schwerer Munderkrankung kamen zur Beobachtung, von welchen 15 mit Aneson, 5 mit Orthoform behandelt wurden. Aneson wird 15 Minuten vor dem Essen vermittelst eines kleinen Wattepinsels vorsichtig ohne Reiben auf die Schleimhaut aufgepinselt, nach 5 Minuten ein zweites Mal. Es ist zu empfehlen, das erste Mal etwa 8—10 g zu verwenden, um dem Kinde vollständige Schmerzlosigkeit zu verschaffen. 5—10 Minuten nach der letzten Pinselung wird das Essen gereicht. Bei Stomat. ulcerosa legt man ausserdem mit Aneson getränkte Wattebäusche in das Vestibulum oris.

Orthoform blase man 20 und 10 Minuten vor der Mahlzeit ein mit Hülfe eines Pulverbläsers.

SEIFERT.

102) **Rocha** (Vetschau). **Ueber Dermoide des Mundbodens.** Dissertation. Halle 1898.

Bericht über 2 Fälle aus der Klinik von Bramann. Im ersten handelte es sich um einen 22jährigen Mann, welcher seit zwei Jahren unter der Zunge eine Geschwulst bemerkte, im zweiten um einen 38jährigen Mann, der seit seiner Kindheit eine Geschwulst unter der Zunge gehabt haben will. Der Inhalt der Cysten

bestand in beiden Fällen aus einer weisslich-gelben, käsigen, schmierigen Masse, der als Product der Cystenwand sich zusammensetzte aus verhornten und verfetteten Epithelien und dem Zerfallsproducte, sowie aus dem von den Talgdrüsen secernirten Talg. Im Inhalt der zweiten Cyste fanden sich auch kurze, dünne Härchen. Therapie: Excision der Cysten. SEIFERT.

103) **Weinstein** (Mobilew-Podolsk). **Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung des menschlichen Mundspeichels für die Verdauung im Magen, insbesondere des Brotes.** Dissert. Würzburg 1899.

Die unter Leitung von Joh. Müller angefertigte fleissige Arbeit enthält Untersuchungen über die amylolytische Wirkung des Ptyalins. SEIFERT.

104) **Lefas. Veränderung der Speicheldrüsen bei einem Diabetiker. (Lésion des glandes salivaires chez un diabetique.)** *Société de Biologie. 28. Januar 1899.*

L. constatirte eine acinöse und periacinöse Sclerose in den Speicheldrüsen mit Verdickung der Gefässwände. Er wirft die Frage auf, ob dieser Process der diabetischen Nierenaffection analog ist, oder ob es sich um eine accidentelle Infection handelt. PAUL RAUGÉ.

105) **A. A. G. Guye** (Amsterdam). **Ueber das Katheterisiren des Ductus Whartonianus. (Over catheteriseeren van den duct. Whart.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 449. 1899.*

Bei einer Dame, die an eitriger Entzündung der linken Glandula submaxillaris litt, gelang es G., den Ductus zu katheterisiren. In den Ductus hinein injicirte Jodoformemulsion sah er unter der Zungenspitze aus der Schleimhaut hervortreten, offenbar auf dem Weg des Ductus Bartholini und der Ductus Rivini.

H. BURGER.

106) **Krohn** (Magdeburg). **Ueber Geschwülste der submaxillaren Speicheldrüse.** Dissertat. Halle 1899.

In 3 Fällen handelte es sich um Speichelsteine, welche einen chronisch entzündlichen Zustand der Hyperplasie bewirkt hatten, im 4. Falle war die Ursache des Entzündungsprocesses nicht nachweisbar. Krohn bespricht die ganze Pathologie der gutartigen Speicheldrüsengeschwulst sehr ausführlich. Im Anschluss daran berichtet er noch über 2 Fälle von Sarcom und 1 Fall von Carcinom der submaxillaren Speicheldrüse. SEIFERT.

107) **Mintz** (Moskau). **Glandula sublingualis und Ranula.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 51. Bd. 1. 2. 1899.*

M. hat eine von Sokoloff mitsammt der Glandula sublingualis entfernte Ranula einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterzogen. In den Ergebnissen seines Befundes sieht er neben der Bestätigung der Theorie von der Entstehung der Ranulacyste aus der Glandula sublingualis eine weitere Stütze der v. Hippel'schen Interpretation der primären Cystenbildung aus den kleinen Ausführungsgängen der Drüse. Ergiebt sich aus dem pathologisch-anatomischen

Befunde einerseits die logische Forderung, die Gl. sublingualis als den primären Erkrankungsherd in Fällen von klassischer Ranula mit zu entfernen, so ist andererseits der von Hippel empfohlene submentale Weg zwischen Mylohyoideus und Biventer als der bequemere zu empfehlen.

SEIFERT.

108) **Safrantini. Pilocarpin in der Behandlung der Ranula. (Pilocarpin in the treatment of ranula.)** *Phila. Med. Journal. 27. Mai 1899.*

Verf. gab dem Patienten, der eine Ranula von erheblichen Dimensionen hatte, 0,01 Pilocarpin subcutan in der Absicht, die Cyste durch den Speichel aufs Aeusserste auszudehnen und dadurch die Verstopfung des Ausführungsganges zu überwinden. In der That trat eine geringe Abnahme der Geschwulst und nach einer zweiten Injection vollständige Heilung ein.

EMIL MAYER.

109) **Lublinski. Verdoppelung des Lig. glossoepigl. medium.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 3. 1899.*

Der Titel besagt Alles.

SCHECH.

110) **Danlos. Tertiäre Glossitis. (Glossite tertiaire.)** *Société de Dermatol. et de Syphiligr. 12. Januar 1899.*

Die Glossitis wurde in unregelmässiger Weise seit 3 Jahren behandelt. Die klassische Therapie mit Jod und Quecksilbereinreibung hatte keinen Erfolg gehabt. D. machte Calomelinjectionen (zur Vermeidung von Verstopfung muss die Canüle stark sein; der Orthoformzusatz dient zur Verringerung des Schmerzes): er gab in der Spritze 1 ccm von folgender Lösung:

Ol. Vaselin 10,0
Calomel 0,5
Orthoform 0,8.

Von der ersten Injection an war eine Besserung bemerkbar; bei der 5. Injection war die Heilung complet.

PAUL RAUGÉ

111) **C. Chauveau. Laterale papilläre Glossodynie. (Glossodynie laterale papillaire.)** *Journ. des Praticiens. November 1899.*

Die Glossodynie kann, wofern sie nicht centralen Ursprungs ist, durch Erkrankung der Zähne, des Pharynx und in einzelnen Fällen durch einfache Hypertrophie mit Entzündung der Papillen verursacht werden. Man findet dann eine oder mehrere Papillen entzündet und geschwollen. Die Berührung derselben ist schmerzhaft, und diese lateralen Schmerzen strahlen in die benachbarten Regionen aus. Auf diese Form der Glossodynie machte nur Albert (Wiener medic. Presse, Januar 1885) aufmerksam. Sie ist bei Frauen häufiger als bei Männern und hat einen langsamen, aber progressiven Verlauf. Die schmerzhaften Sensationen arten nach und nach in echte Neuralgien aus. Speichelfluss fehlt gewöhnlich. In den 7 publicirten Fällen konnte Verf. durch galvanokaustische Zerstörung der hypertrophischen und entzündeten Papillen die Schmerzen coupiren.

A. CARTAZ.



112) **Rammstedt. Ein Fall von Milzbrand der Zunge mit Ausgang in Heilung, nebst Bemerkungen zur Behandlung des Milzbrandcarbunkels.** *Münch. med. Wochenschr. No. 19. 1899.*

Auf der chirurgischen Klinik zu Halle wurde ein 28jähriger polnischer Arbeiter aufgenommen mit einem Milzbrandcarbunkel an der unteren Fläche der Zunge, die sich in Markstückgrösse schwarzbraun brandig erwies und auf den Mundboden übergriff. Gesicht und Hals ödematös, in den brandigen Stellen Milzbrandbacillen. Die Behandlung bestand in Bettruhe, Eisstücken, Spülung des Mundes mit essigsaurer Thonerde, Eiscravatte um den Hals, kräftiger Diät und Excitantien; es trat völlige Heilung ein. R. verwirft jeden chirurgischen Eingriff bei Milzbrandcarbunkel, um die Invasion der Blutbahnen mit Bacillen zu vermeiden.

SCHECH.

113) **Pellizzari. Gummata der Zunge. (Gomme della lingua.)** *Acad. Medico-Fisica Fiorentina. 28. Februar 1898.*

Es handelt sich um ein 60jähr. Individuum, das, mit der Diagnose „Zungencarcinom" ins Hospital geschickt, auf der Zungenbasis drei unter der unversehrten Schleimhaut liegende, nussgrosse Tumoren zeigte, von denen der eine im Centrum zu erweichen begann. Autor stellte, obwohl die Anamnese völlig negativ war, ausser einigen Hautnarben auch nichts für etwa bestandene Syphilis Sprechende auffindbar war, die Diagnose auf Gummata, und eine sofort eingeleitete sehr milde Hg-Cur zeigte bald die Richtigkeit derselben, indem die Tumoren sich rapid verkleinerten.

FINDER.

114) **Henri Malherbe. Zungentuberculide. (Tuberculides linguales.)** *Gaz. méd. Nantes. 8. Juli 1899.*

Bei einem 32jährigen, früher stets gesunden Matrosen, der nie luetisch inficirt gewesen, fand sich eine seit 5 Jahren bestehende exacerbirende und remittirende eigenartige Affection der Zunge. Die beiden vorderen Drittel derselben sind glatt und glänzend, die Papillen scheinen ganz zu fehlen und man sieht statt ihrer eine Anzahl kleiner, röthlicher Papeln, die von einer dunkelgelb aussehenden Blase überragt und von einem erythematösen Hof umgeben werden. Die Papeln sind erbsengross, enthalten eitrig-seröse Flüssigkeit und hinterlassen beim Oeffnen eine hellrothe Ulcerationsfläche, die bis jetzt ohne Narbenbildung heilte. Verf. hat vergebens im Eiter irgend welche besonderen Erreger gesucht, trotzdem nimmt er auf Grund des Vorhandenseins ähnlicher Papeln auf der Hand an, dass es sich um eine Abart des Tuberculids handelt.

A. CARTAZ.

115) **Djatschenko. Ein seltener Fall von Angioma cavernosum der Zunge. (Retki slutshai Ang. cav.)** *Eshenedelnik. No. 14. 1899.*

Die Zunge, welche die Grösse der Hand erreichte, wurde mehrfach geknickt in der Mundhöhle placirt.

P. HELLAT.

116) **Guilio Martuscelli. Fibroma pendulum der Zunge. (Fibroma peduncolato [polipo fibroso] della lingua.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1898.*

Es handelt sich um einen gestielten, auf dem Zungenrücken, dicht vor den

Papillae circumvallatae sitzenden Tumor, der, aus einer von einem Biss herrührenden Narbe entstanden, ursprünglich hanfkorngross war und zehn Jahre lang, ohne Beschwerden zu verursachen, bestanden hatte. Infolge plötzlichen Wachsthums erreichte er in kurzer Zeit die Grösse einer Nuss und wurde mit der Scheere entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Fibrom handelte, bei dem stellenweise hyaline Degeneration der Gefässwandungen und der Bindegewebsfasern sich nachweisen liess. FINDER.

117) **C. E. Benjamins** (Leiden). **Eine Struma auf der Zungenwurzel. (Een struma op den wortel van de tong.)**

Ausführliche klinische und mikroskopische Beschreibung des Falles von Schilddrüse der Zungenbasis, den Reintjis 1898 in der Versammlung der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde demonstrirt hat (vergl. Monatschr. f. Ohrenh. 1898. No. 9). Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass der Tumor aus Thyreoidea-Gewebe bestand, das sich aber in mancher Hinsicht von der Norm unterschied, und wählt er deshalb die Bezeichnung Struma parenchymatosa. In Bezug auf die Entwicklung der Zungenschilddrüse acceptirt B. die Erklärung Chamisso's.

Zwei weitere Fälle sind in Holland wahrgenommen worden, einer von Narath in Utrecht, der andere von Posthumus Meyjes (vergl. Niederl. Gesellsch. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. 1899). H. BURGER.

118) **Pairier. Bösartiger specifischer Zungentumor. (Tumeurs maligne et spécifique de la langue.)** *Annales de la Société Méd. Chir. d'Anvers. Mai-Juni 1899.*

In der Sitzung vom April 1899 stellt P. zwei Kranke mit ulcerirten Zungentumoren vor, von denen der eine der tertiären Syphilis angehört, bei dem andern handelt es sich um ein Epitheliom. BAYER.

119) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Ein Fall von gestieltem Sarcom der Zunge und dessen Abtragung mittelst galvanokaustischer Schlinge.** *Allg. Wiener medic. Zeitung. No. 5. 1899.*

Es handelte sich um ein Angiosarcom. Mittheilung in der Société de Lar. et de Rhinol. de Paris am 11. November 1898. CHIARI.

120) **Dörner** (Serajevo). **Ein Fall von Zungensarcom.** *Wiener klin. Rundschau. No. 29. 1899.*

Es handelte sich um ein Sarcoma fusocellulare linguae bei einem 40jährigen Manne. Der hühnereigrosse Tumor nahm die linke Zungenhälfte ein, war sehr derb und wenig ulcerirt. Abtragung ohne nennenswerthe Blutung, da vorher die Arteria lingualis sinistra unterbunden wurde. CHIARI.

121) **Melchior Robert. Zungensarcom. (Sarcoma of tongue.)** *Philad. Medical Journal. Juli 1899.*

Bericht über einen Fall mit Recidiv nach der Operation. EMIL MAYER.

122) **Goris. Ueber die Zungenexstirpation. (De l'extirpation de la langue.)** *La Presse Méd. Belge. No. 28. 1899.*

Vorstellung eines 70jährigen Mannes, bei welchem G. vor 13 Monaten die Totalexstirpation der Zunge wegen Krebs vorgenommen hatte. Derselbe hatte das ganze Centrum der Zunge eingenommen und war in die Muskeln eingedrungen. Exstirpation ohne vorhergehende Unterbindung der Arterien; Section des Unterkiefers in der Mittellinie.

Bei einem zweiten Fall von Carcinom des linken Zungenrandes mit Infection der Unterkieferdrüsen holte er zuerst die Lymphdrüsen heraus, spaltete dann den Kiefer und exstirpirte die Hälfte der Zunge, diese hinten, innen und vorne umschneidend; dann verfolgte er die Lymphdrüsen bis zu ihrer Verbindung mit den Drüsen und entfernte so Alles in einem zusammenhängenden Stück. BAYER.

123) **Ricci Carlo Alberto. Ueber lacunäre Angina der Zungentonsille. (Sulla tonsillite linguale lacunare a ritenzione.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. Juli 1898.*

Die „lacunäre Retentionsangina der Zungentonsille", gekennzeichnet durch das Vorhandensein graugelber, leicht ausdrückbarer Pfröpfe in den Lacunen der Zungentonsille, verläuft in den meisten Fällen ohne jede subjectiven Symptome. Sie ist nach dem Autor so häufig, dass er sie in 3 pCt. aller von ihm untersuchten Fälle gefunden hat. Bisweilen können von den Lacunen Entzündungsprocesse ihren Ausgang nehmen, die sich über das ganze Organ ausbreiten. Bei mikroskopischer Betrachtung erweisen sich die Pfropfen bestehend aus veränderten Epithelzellen, Leucocyten, Leptothrixfäden und zahlreichen Kokken. FINDER.

124) **Goldschmidt** (Breslau). **Ueber die glatte Atrophie der Zungenbasis bei tertiärer Syphilis.** *Berliner klin. Wochenschr. 43. 1899.*

An 200 Syphiliskranken (94 männlichen, 106 weiblichen; 57 tertiär-, 3 congenital Spätluetischen) versucht Verf. die Frage zu beantworten: Ist die glatte Atrophie des Zungengrundes ein pathognomonisches Zeichen für Lues (Virchow, Lewin und Heller)? Er kommt in Uebereinstimmung mit Mraceck, Sandmann, Michael, Schoetz, Seifert zu dem Resultat, dass dies nicht der Fall ist.

Im Anschluss an die Verhältnisse des Zungengrundes berichtet Verf. noch über einige sonstige Manifestationen der Lues, die er an den oberen Luftwegen seiner Kranken beobachtet hat. Roseola laryngis unsicher in 2 Fällen. 16 mal Pharyngitis, 15 mal Laryngitis, 2 mal secundäre, 7 mal tertiäre Infiltrate im Larynx, 3 mal Pusteln in der Gegend der Aryknorpel. ZARNIKO.

125) **Prota u. Martuscelli. Sarcom der Zungentonsille. (Sarcoma della tonsilla linguale.)** *Archiv. Ital. di Laring. Naples. Juli 1898.*

Die Verff. berichten über ihre klinischen und histologischen Untersuchungen eines dieser seltenen Krankheitsfälle. Pat. starb in einem anderen Hospital, und die Verff. konnten nur den Larynx, die Zunge und Submaxillardrüse erhalten. Nach einer Würdigung der Fälle von Albert, Max Scheier, Butlin, Browne u. A. kommen sie zu folgenden Schlüssen:

1. Sarcome der Zungentonsille haben fast immer den Bau der Zungentonsille.

2. Sie ähneln den Tumoren der Lymphdrüsen und sind Lymphosarcome.

3. Sie entspringen selten von den Schleimdrüsen, wie in Godlee's Fall.

4. In den meisten Fällen ist die histologische Untersuchung für die Diagnose unzulänglich.

5. In den vorgeschrittenen Fällen ist die Radicaloperation contraindicirt und die Tracheotomie nur dann gerechtfertigt, wenn die Dyspnoe einen bedrohlichen Charakter annimmt. Falls die Nahrungsaufnahme durch Unbeweglichkeit der Zunge behindert wird, muss zur Schlundsonde gegriffen werden.

JAMES DONELAN.

d. Diphtheritis und Croup.

126) **Bigot. Bacteriologische Diagnose der Diphtherie. (Diagnostic bactériologique de la diphthérie.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Es giebt bekanntlich zwei Methoden, die den klinischen Nachweis der Diphtheriebacillen gestatten:

1. Durch einfache Untersuchung der auf Objectträgern ausgestrichenen Pseudomembranen.
2. Durch Culturen.

B. giebt den Vorzug der ersten Methode, die einfach und schnell zum Ziele führt und im Allgemeinen eine sichere Diagnose zu stellen erlaubt. In zweifelhaften Fällen sollte man sie jedoch durch das culturelle Verfahren controliren und ergänzen.

PAUL RAUGÉ.

127) **G. Virgin** (Upsala). **Die bacteriologische Diagnose der Diphtheritis. (Den bakteriologiska diagnosen af difteri.)** *Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Juli 1899.*

Ein Uebersichtsartikel.

SCHMIEGELOW.

128) **G. Salus. Die bacteriologische Diphtheriediagnose in der Hauspraxis.** *Prager med. Wochenschr. No. 35. 1899.*

S. empfiehlt dringend in allen Fällen die bakteriologische Untersuchung auch in der Hauspraxis, da dieselbe leicht in einigen Stunden die Diagnose sicherstellt.

CHIARI.

129) **Vuilleumier** (Lausanne). **Ueber die klinische und bacteriologische Diagnostik am Kantonsspital zu Lausanne. (Note sur le diagnostic clinique et bactériologique de la diphthérie à l'hôpital cantonal de Lausanne.)** *Revue méd. Suisse romande. H. 4. 1899.*

Ziemlich eingehende Bearbeitung von 120 genau beobachteten klinischen Fällen. Nach Verf. bleibt die klinische Diagnose noch immer unsicher, da es Fälle giebt, welche alle klinischen Symptome aber keine Löffler-Bacillen aufweisen. Vom diagnostischen Werth des Eiweiss im Urin spricht Verf. nicht.

Ganz schlimm steht es mit der bacteriologischen Diagnose und Verf. hat vollkommen recht, wenn er sagt, dass man auf den Befund von echten Bacillen hin bei weitem nicht immer auf Diphtherie erkennen dürfen, sondern nur dann, wenn die klinischen Symptome den Befund unterstützen. Sehr oft seien auch bei Anginen die Löffler-Bacillen nur Begleiter. — Die höchsten Fiebergrade beobachtete Verf. bei reichlicher Combination von Löffler-Bacillen mit den Staphylococcen. Die oft aufgestellte Behauptung, dass Diphtheritis echt sei, wenn das Exsudat über die Tonsillen hinaus auf andere Theile des Rachens verbreitet sei, widerlegt sich durch fünf der beschriebenen klinisch sehr ausgeprägten Fälle. Dagegen wurden bei Verbreitung der Membranen auf den Kehlkopf in den 13 Croupfällen ausnahmslos Löffler-Bacillen gefunden.

Am Schluss theilt Verf. zwei Fälle mit, welche den kurzen Löffler in ein sehr zweifelhaftes Licht setzen. Ein Fräulein dem man wegen Ozaena 32 Injectionen von 5 ccm Serum (zu x? AE) gemacht hatte, bekam am Ende dieser Kur eine Angina mit Belag und echten kurzen Löffler-Bacillen. Von dieser Patientin wurde ein anderes Mädchen inficirt, welches ebenfalls viele kurze Löffler aufwies aber ohne Injection von Serum eine ganz leichte Angina durchmachte.

Demnach scheine der kurze Bacillus Löffler für Diphtherie kaum ätiologisch zu sein. Andrerseits sah Verf. gerade bei einigen schweren Fällen hauptsächlich kurze Löffler. Er hebt sogar hervor, dass die langen, mittlern und kurzen Arten klinisch nicht wesentlich verschiedene Wirkung zu haben scheinen. In den meisten bezüglichen Fragen also noch volle Confusion. Daher muss man dem Verf. Recht geben, wenn er die klinische Diagnose als die Hauptdiagnostik, die bacteriologische nur als eine ergänzende charakterisirt.

JONQUIÈRE.

130) **Deguy. Haematemesis bei Diphtherie. (Hématémèse dans la diphthérie.)** *Société anatomique. Juli 1899.*

In einem mit Hämatemesis complicirten Falle schwerer Diphtherie bei einem Kinde, das auf der Abtheilung von Sevestre zur Section kam, fand man die Magenschleimhaut mit kleinen purpuraähnlichen Flecken besät. Da die histologische Untersuchung fehlt, bleibt es unentschieden, ob inmitten dieser Petechien kleine Ulcerationen vorhanden waren.

PAUL RAUGÉ.

131) **Braun** u. **Thiry. Anurie bei Diphtherie. (Anuria in diphtheria.)** *Amer. Journ. of the Med. Sciences. August 1899.*

Im Anschluss an eine Antitoxin-Injection trat bei einem 6jährigen Kinde complete Anurie ein, die jedoch nicht dem Serum, sondern einer durch die Krankheit bedingten Nierenstörung zugeschrieben wird.

EMIL MAYER.

132) **Beverley Robinson. Ein interessanter Fall von membranöser Halsentzündung. (An interesting case of membranous sore throat.)** *N. Y. Med. Record. 2. September 1899.*

Die Cultur aus der Membran ergab keine Löffler'schen Bacillen, aber der Patient bekam Serum. Es kam schliesslich zur Heilung, nachdem er Albuminurie und Lähmung des weichen Gaumens gehabt hatte.

Das Serum soll in allen zweifelhaften Fällen gegeben werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

133) **A. Plottier. Adenoide Vegetationen und Diphtherie. (Adenoid vegetations and diphtheria.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Bei 50 pCt. der an Diphtherie gestorbenen Kindern fand P. diphtheritische Beläge auf den adenoiden Geweben. Er glaubt, dass die pseudo-membranöse Adenoiditis die Ursache des Croups ist. Die gleiche Aetiologie nimmt er auch für die Fälle in Anspruch, bei denen die Pseudomembranen von den hinteren Gaumenbögen oder dem Oropharynx auszugehen scheinen. — Ob Adenoide vorhanden sind, sollte in jedem Falle mittelst vorderer oder hinterer Rhinoscopie oder mit dem Finger festgestellt werden. Für die Fingeruntersuchung ist ganz besonders zartes und schnelles Vorgehen geboten, damit Blutungen vermieden werden, welche den Eintritt der Toxine in das Blut erleichtern würden.

EMIL MAYER.

134) **L. A. Nippert. Diagnose und Therapie der Diphtheritis. (Diagnosis and therapeutics of diphtheria.)** *The Medical Dial. Juli 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

135) **Kassowitz** (Wien). **Kritisches über Diphtheriebacillen und Heilserum.** *Wiener med. Wochenschr. No. 38. 1899.*

Indem K. die Frage aufwirft, ob der Löffler'sche Bacillus dem Menschen wirklich gefährlich ist, führt er einige Daten gegen diese Annahme an.

CHIARI.

136) **Nedrigalow. Die Ursachen der Wirkungslosigkeit des Antidiphtherieserums bei Einführung desselben in den Magen oder das Rectum. (Pritschini nedeistwitelnosti protiwu diftirinoi siworotki pri tewedenii jeje w geludok ili prämuju kischku.)** *Wratsch. No. 26. 1899.*

Nedrigalow beweist durch Versuche, welche er an Meerschweinchen und anderen Thieren anstellte, dass das Antidiphtherieserum weder vom Magensaft, vom Pancreassecret, noch durch die Galle oder überhaupt im Leberkreislauf angegriffen wird. Die neutralisirenden Ursachen liegen nach N. entweder in den lebenden Darmepithelien oder in den Lymphdrüsensecreten oder endlich in beiden zusammen. Diesbezügliche Experimente hat Verf. jedoch nicht angestellt.

P. HELLAT.

137) **M. Schmidt. Die Resultate der Serumbehandlung der Diphtherie im Rigaschen Stadtkrankenhause.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 38. 1899.*

Neben anderen führt S. zu Gunsten der Serumtherapie die absoluten Zahlen der letzten 9 Jahre vor und der 4 Jahre während der Serumtherapie an. Die Sterblichkeit verhält sich wie 53,9 : 25 und bei Tracheotomirten vor und während der Serumperiode wie 72,9 : 44,1.

P. HELLAT.

138) **Walker** (Solothurn). **Ueber Diphtherie.** *Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 24. XII. 1899.*

315 Fälle im Kantonsspital Solothurn vom 1. Januar 1896 bis 15. August 1897.



Mortalität 15,8 pCt. Verf. hält die Therapiefrage noch nicht für abgeschlossen. Namentlich Kinder unter 1 Jahr gehen trotz rechtzeitiger (—?—) Anwendung des Serums auch in der Mehrzahl zu Grunde. Ca. 20 pCt. wurden tracheotomirt. Die Operirten zeigten 22,6 pCt. Heilung. Es wurde nur die Tracheotomia inferior gemacht, welche weniger Granulationswucherung zur Folge hat. Verf. sah eine Reihe perniciöser Fälle aus 2 Dörfern mit allgemeiner Sepsis, hochgradige Schwellung der Submaxillardrüse, Foetor ex ore, Verbreitung im Rachen mit oder ohne Betheiligung der Nase, des Rachens; niedrige Temperaturen; sicherer Exitus.

Bei den nicht septischen schlimmen Fällen sind die Bronchopneumonie und eine besondere Herzschwäche die schlimmsten Complicationen. Nachblutungen sind fast ausnahmslos tödtlich. Verf. ist Anhänger des Serum, von welchem er niemals schlimme Complicationen bekam. Vier Fälle bekamen Pemphigusausschlag.

JONQUIÈRE.

139) **Sigismondo Pascoletti. Der Heilwerth des Diphtherieserums. (Il valore curativo del siero antidifterico.)** *Gazzett. degli ospadeli e delle cliniche. 1. Oct. 1899.*

Von 200 Kindern, die während einer Diphtherie-Epidemie mit Seruminjectionen behandelt wurden, starben 6, davon 5 an Larynxstenose, 1 an Herzlähmung.

FINDER.

140) **J. M. Day** (Dublin). **Bericht über 100 Diphtherie-Fälle. (Diphtheria, analysis of one hundred cases.)** *Dub. Med. Journal. August 1899.*

Der Bericht umfasst 100 während des Jahrgangs 1898—1899 ins Hospital aufgenommene Diphtheriekranke. Obwohl diese Zahl nie zuvor erreicht wurde, war die Mortalität geringer denn je. 18 Fälle endeten letal. Das Antitoxin erwies sich als wirksamstes Mittel. Es kamen schwere und leichte Krankheitsbilder zur Beobachtung; beide Formen wechselten in den verschiedenen Jahreszeiten ab. In 67 Fällen beschränkte sich die Affection nur auf die Tonsillen; unter diesen verliefen zwei tödtlich. In 27 gesellte sich Nasendiphtherie hinzu; von diesen starben 10. Die übrigen 16 boten Larynxsymptome dar, hiervon gingen 6 zu Grunde. Zum Schluss wird auf die Nothwendigkeit einer frühzeitigen Behandlung hingewiesen und über Fälle mit insidiösem Beginn der Krankheit bei scheinbar leichten Symptomen berichtet.

A. LOGAN TURNER.

141) **Samuel S. Adams. Die Resultate der Anwendung des Diphtherieserums zu Immunisirungszwecken. (The results in administering the antitoxine of diphtheria as an immunizing agent.)** *National Med. Review. Juli 1899.*

422 Personen erhielten Serum. Die Resultate wären nach Verf.'s Meinung besser gewesen, hätte man grössere Dosen gegeben. Je grösser die Immunisirungsdosis, um so länger hält auch die Immunität vor. Die zur Immunisirung erforderliche Dosis hat keine schädliche Wirkung auf die Niere. Urticaria kam in 2 Fällen vor; sonst wurde keinerlei pathologischer Effect der Injectionen beobachtet.

EMIL MAYER.

142) **W. J. Matson. Diphtheritis; mit einigen Bemerkungen über die moderne Serumtherapie. (Diphtheria with some notes on the modern serum therapy.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. Juli 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

143) **Redact. Notiz. Bösartige Diphtherie in Indianapolis. (Malignant diphtheria in Indianapolis.)** *Indiana Med. Journal. August 1899.*

Verf. tritt sehr energisch für die Anwendung des Antitoxins ein.

EMIL MAYER.

144) **W. S. Devine. Erfahrungen mit dem Serum. (Some experience in the use of antitoxine.)** *Medical Council. Juli 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

145) **P. H. Lyon. Diphtheritis. Die Serumbehandlung in der allgemeinen Praxis. (Diphtheria. The serum treatment in general practice.)** *Medical Review. 8. Juli 1899.*

Unter streng aseptischen Vorkehrungen injicire man etwa 1500 Immunitäts-Einheiten. Die Dosis des Serums ist natürlich nicht allgemein zu fixiren, sie kann auf 3000 J.-E. gesteigert und 3 mal wiederholt werden. Zur prophylactischen Immunisirung sind 500—1000 J.-E. nöthig.

EMIL MAYER.

146) **W. J. Chenoweth. Post hoc — propter hoc.** *Memphis Lancet. Juli 1899.*

Verf. meint, dass die Erfolge, die dem Heilserum nachgerühmt werden, nicht ganz auf seine Rechnung zu schreiben sind. Der diphtheritische Croup kann durch Serumanwendung verhütet, aber nicht geheilt werden.

EMIL MAYER.

147) **Louis Fischer. Trockenes Antitoxin. Eine klinische Studie über den Werth desselben bei der Diphtheriebehandlung. (Dry antitoxine. A clinical study of its value in diphtheria.)** *Pediatrics. 15. Juli 1899.*

F. hat das trockene Präparat in 5 Fällen mit Erfolg angewandt. Man muss die grösste Sorgfalt darauf verwenden, das feste Serum nicht zu verunreinigen, da es kein Antisepticum enthält, auch das sterilisirte kalte Wasser, in dem man es löst, muss vollständig rein sein.

EMIL MAYER.

148) **W. Dubrowo. Ueber 10 Tracheotomien. (Po powodu desjati traheotomi.)** *Chirurgia. Bd. VI. No. 31. 1899.*

Verf. erörtert die Frage, ob der Arzt ohne Erlaubniss der Eltern operiren darf.

P. HELLAT.

149) **Richmond Mc Kinney. Die Intubation des Kehlkopfs bei Larynxdiphtherie oder pseudomembranösem Croup. (Intubation of the larynx in laryngeal diphtheria or pseudo-membranous croup.)** *Memphis Medical Monthly. Juli 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.



e. Kehlkopf und Luftröhre.

150) **G. Ricard. Ueber forcirte Untersuchung des Larynx bei Kindern. (De l'examen forcé du larynx chez l'enfant.)** *Thèse de Toulouse. 1899.*

Verf. erprobte die verschiedensten laryngoskopischen Methoden, welche bei jungen, ungeberdigen Kindern eine Larynxuntersuchung gestatten. Den Vorzug giebt er dem Escat'schen Verfahren, dem zufolge die Zunge mit einem Löffel bez. Spatel heruntergedrückt wird. Die Technik der Methode ist genau beschrieben.

A. CARTAZ.

151) **Betti Ugo Arturo. Ueber die Lage des Kehlkopfs zur Wirbelsäule beim Menschen. (Dei rapporti delle laringe colla colonna vertebrale nell'uomo.)** *Bolletin. delle malattie dell'orecchio etc. Januar 1899.*

An 100 Leichen ausgeführte Untersuchungen, deren Resultate in Form einer Tabelle veranschaulicht sind.

FINDER.

152) **Henke. Zur Morphologie der Epiglottis.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 7 u. 8. 1899.*

Sehr fleissige, auf grosse Erfahrung gestützte Beschreibung aller sowohl nicht pathologischer, als auch pathologisch veränderter Formen der Epiglottis mit 2 Tafeln; die Arbeit muss wegen der vielen Details im Original gelesen werden.

SCHECH.

153) **G. Kobler** (Serajevo). **Die diagnostische Bedeutung der Epiglottis-Affection bei Abdominaltyphus.** *Wiener klin. Rundschau. No. 17. 1899. The Laryngoscope. Juli 1899.*

Beobachtung zweier Fälle. In beiden Fällen bestand starre Infiltration der Epiglottis mit tiefen Ulcerationen, die mit dichten weissen Narben heilten. — Abgesehen von dem differentialdiagnostischen Werth, ist auch vom prognostischen Standpunkte die Kenntniss dieser Affection zu verwerthen. So lange das Infiltrat der Epiglottis besteht, ist der ganze Typhusprocess noch auf der Höhe. — Auch solle man bei Narbenbildung an der Epiglottis jedenfalls auch nach überstandenem Typhus inquiriren, um sich eventuell vor der Annahme einer Lues zu schützen.

CHIARI.

154) **Rischawy** (Wien). **Ein Fall von vollständiger Verwachsung der Epiglottis mit dem Zungengrund durch luetische Narben, nebst einigen Bemerkungen über die Physiologie des Schluckaktes.** *Wiener klin. Rundschau. No. 28. 1899.*

Die Epiglottis wies keinen Substanzverlust auf, — der Schluckact ist erschwert, aber niemals erfolgt Fehlschlucken. — Diesbezügliche Literaturangaben.

CHIARI.

155) **Harmer** (Wien). **Narbige Verwachsung des Kehlkopfes.** K. k. Gesellschaft der Aerzte, Sitzung vom 16. Juni 1899. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 25. 1899.*

Patient wurde vor 19 Jahren wegen Croup tracheotomirt und blieb die

Canüle liegen. — Durch 16 Jahre keine ärztliche Behandlung und trat vollständige Verwachsung des Kehlkopfes (subchordal) ein. — Drainbehandlung nach Bruns. — Schornsteincanüle. — Nach ca. 8 Monaten konnte die Canüle entfernt werden, Larynx war frei, Trachealfistel wurde zum Verschluss gebracht. — Pat. geheilt.

CHIARI.

156) **Stoerk** (Wien). **Mittheilungen aus der laryngologischen Klinik.** *Wiener med. Wochenschr. No. 1. 1899.*

Es bestand narbiger, vollständiger Verschluss des Larynx in der Ebene der Stimmbänder und von da abwärts in Folge jahrelangen Tragens der Trachealcanüle. — Anfangs Draindilatation nach theilweiser Excision der Narbenmassen. Später Einführung englischer Bougies, Aetzung der Granulationen, Einlegen einer Schornsteincanüle, gleichzeitig aber auch häufige Dilatation mit stärkeren Bougies. — Patient kann nunmehr auch durch die normalen Luftwege schon durch längere Zeit athmen und spricht mit normaler Stimme. Patient wurde auf eigenes Verlangen mit der Schornsteincanüle aus dem Spital entlassen.

CHIARI.

157) **S. von Stein** und **Kasparianz. Ein Fall von seltener bedeutender Stenose des Larynx und des oberen Theils der Luftröhre fast bis zur vollständigen Undurchgängigkeit. Laryngo-tracheofissur, Entfernung des Narbengewebes mit nachfolgender Erweiterung. Heilung. (Slutschai retkawo snatschitelnawo sushenia gortani i werchnei tschasti diehatelnawo gorla notschti do polnoi neprochodimosti, laringo-tracheofissura, udalenie rubzowoi tkani s poslewatelnim rasschireniem wisdorowlenie.)** *Chirurgia. Bd. VI. No. 32. 1899.*

Die in der Ueberschrift ausführlich beschriebenen Veränderungen waren nach Variola vera entstanden. Die Neubildung von Narbengewebe wurde durch Tampons von Ferropyrin zurückgehalten. Nach 4monatlicher Behandlung war der oben beschriebene Erfolg erzielt.

P. HELLAT.

158) **Cheval. Angeborne und entzündliche Larynxstenosen. Tracheotomie und Intubation. (Sténoses du larynx de nature congénitale et inflammatoire. Trachéotomie et intubation.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 33 et 34. 1899.*

Resumé der Arbeiten, welche im Jahre 1898 dieses Thema behandelt haben.

BAYER.

159) **Otto** (Dorpat). **Ueber einen Fall von chronischem Schleimhautpemphigus der oberen Luftwege und der Conjunctiva bei vorhandenem Diaphragma des Kehlkopfes.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 26 u. 27. 1899.*

Es handelte sich um eine Patientin, die seit 12 Jahren an Pemphigus der äusseren Haut und der Augen, sowie an einem Exanthem auf der Schleimhaut der oberen Luftwege litt. Sie war ertaubt, fast vollständig erblindet und konnte nur leise flüstern. Im Larynx hatte sich ein Diaphragma gebildet. Die Membran wurde incidirt und nach Schrötter nachträglich dilatirt. Der Pemphigus selbst aber liess sich durch kein Mittel beeinflussen.

P. HELLAT.

160) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Ueber Arthritis crico-arytaenoidea rheumatica.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. p. 75. 1899.*

Fieberlose Patientin klagt seit 5 Tagen über linksseitige Halsschmerzen beim Schlingen. Der linke Aryknorpel ist etwas geschwollen, das linke Stimmband in der Mittellinie fixirt. Auf warme Inhalationen und Umschläge geht die Schwellung bis zum nächsten Tage stark zurück, die Unbeweglichkeit aber ist unverändert. Am selben Abend stellt sich Fieber ein, und es entwickelt sich ein typischer Gelenkrheumatismus, der mit Natrium salicylicum behandelt wird. Mit der Abschwellung der befallenen Gelenke kehrt auch die Beweglichkeit des Stimmbandes zurück.

Der Fall lehrt, dass das Cricoarytaenoidealgelenk als Theilerscheinung eines acuten Gelenkrheumatismus zuerst befallen sein kann; ferner, dass nicht nur periarthrale Schwellung allein, sondern die Erkrankung des Gelenkes selbst der Fixation des Stimmbandes zu Grunde liegen kann.

F. KLEMPERER.

161) **H. Kraus. Perichondritis laryngea bei Scharlach.** Aus Prof. Ganghofner's Kinderklinik in Prag. *Prager medicin. Wochenschr. No. 29 u. 30. 1899.*

Es lag ein Larynxabscess vor, weswegen tracheotomirt werden musste, nachdem die Intubation nicht den gewünschten Erfolg hatte. — Entweder handelte es sich um einen bei Scarlatina vorkommenden metastatischen Abscess, oder es sind Entzündungserreger durch eine Continuitätstrennung im Larynx eingedrungen. Darüber gab auch die Obduction keinen Aufschluss.

CHIARI.

162) **Kamnew. Ein Fall von Kehlkopffractur. (Slutschai preloma gortani.)** *Wratsch. No. 26. 1899.*

10jähr. Mädchen wird von einer Kuh mit den Hörnern gestossen. Der herbeigerufene Arzt constatirt Schmerzhaftigkeit und Hautemphysem am Halse. Nach $1^1/_2$ Stunden, ehe die Instrumente zur Tracheotomie herbeigeschafft waren, ist das Kind todt. Das Emphysem hatte sich rasch über den ganzen Körper verbreitet. Das Befühlen des Kehlkopfes ergab Crepitation und Dislocation der Schildknorpel.

P. HELLAT.

163) **Salvatore Saitta. Ein Fall von Fractur des Schildknorpels. (Un caso di frattura della cartilagine tiroide.)** *Archiv. Ital. di Laringol. Juli 1899.*

Bei einer 67jährigen, während des Schlafes überfallenen und mit einer Hacke im Gesicht und am Hals schwer verwundeten Frau stellten sich einige Tage nach der Verletzung Erscheinungen von Kehlkopfstenose ein. Die laryngoskopische Untersuchung ergab, dass das linke Taschenband in einen grossen, unregelmässig gestalteten Tumor umgewandelt war, der das Stimmband verdeckte. Eine nach 4 Tagen wiederholte Untersuchung zeigte ein zungenförmiges, mit ecchymosirter Schleimhaut bedecktes Gebilde, welches, in das Vestibulum laryngis hineinragend, sich bei der Inspiration in die Glottis senkte, dieselbe zum grössten Theile verlegend, bei dem Exspirium sich ein wenig hob. Es wurde die Diagnose auf Fractur der Schildknorpelplatte gestellt. Da die Tracheotomie verweigert wurde, ging Pat. unter Suffocationserscheinungen zu Grunde. Bei der gerichtlichen

Autopsie ergab sich in der That eine vom hinteren Rande bis fast zum Processus Adami reichende Fractur der linken Schildknorpelplatte, und zwar verlegte der bewegliche Theil der fracturirten Knorpelplatte das Glottislumen fast bis zur Hälfte.

FINDER.

164) **E. Ehrnrooth** (Finland). **Ein Fall von Fremdkörper im Larynx. (Ett fall af främmande kropp i Larynx.)** *Finska läkaresällsk. handl. B. 40. 1897.*

Ein 10 Monate altes Kind wurde wegen „Croup" in das Cpudum'sche Krankenhaus aufgenommen.

Bei der Obduction wurde eine Fischgräte (1,5 cm lang und 0,5 cm breit) unter dem linken Stimmbande gefunden, aber keine Spur von Croup.

SCHMIEGELOW.

165) **Marique. Exstirpation eines Fremdkörpers im Kehlkopf. (Extirpation d'un corps étranger du larynx.)** *La Clinique. No. 17. 1899.*

4jähriges Mädchen, angeblich wegen Croup tracheotomirt; Entfernung der Canüle, weil keine falschen Membranen sich vorfinden; sofort erneuter Erstickungsanfall und Wiedereinführen der Canüle. Versuch mit Intubation, wobei man auf einen Fremdkörper stösst; derselbe wird nun von der Trachealwunde aus nach oben gestossen und herausbefördert. Er stellt sich als ein Stück einer metallenen Flaschenverschlusskapsel dar von der Grösse eines in der Mitte gespaltenen 10 Centimesstücks, das zwischen den Stimmbändern eingekeilt festsass. Die Heilung liess nicht auf sich warten.

BAYER.

166) **Kiderlen** (Bonn). **Vier Fälle von Fremdkörpern in den tiefen Luftwegen.** Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde zu Bonn. 1899.

Im ersten Falle handelte es sich um eine Nadel, die (nach der Röntgenphotographie) in den linken Bronchus gerathen war. Tracheotomie, Auswischen der Trachea mit einem Wattebausch, beim zweiten Auswaschen hing die Nadel an der Watte. Im zweiten Falle konnte der Fremdkörper (Zwetschenkern) nach der Tracheotomie nicht entfernt werden, Exitus durch Arrosion der Anonyma. Im dritten Falle gelang es nach der Tracheotomie die in der Trachea auf- und absteigende Bohne zu fassen und zu extrahiren. Den vierten Fall operirte K. selbst; es war einem Erwachsenen die abgebrochene Tracheotomiecanüle in die Trachea gerathen und konnte nur mit Mühe extrahirt werden (nach der Tracheotomie).

SEIFERT.

167) **Killian. Ueber die Leistungen der directen Bronchoskopie bei Fremdkörpern der Lunge.** *Münch. med. Wochenschr. No. 22. 1899.*

Mittheilung zweier Fälle von Fremdkörpern in den Bronchien. Der eine betraf einen 4jährigen Knaben, der eine Bohne aspirirt hatte, die sich nach der Tracheotomie noch fester in den rechten Bronchus einkeilte: dieselbe wurde unter Zuhülfenahme der Bronchoscopia inferior mit einem Haken entfernt. Der zweite Fall betrifft einen 9jährigen Knaben, dem ein Stück Birne in die Lunge gerathen war. Nach grossen Schwierigkeiten gelang die Einführung der Röhre und das Sehen eines Granulationshügels am Eingange in den rechten Mittellappenbronchus.

K. ging mit einem gebogenen Häkchen ein, um den hinter den Granulationen vermutheten Fremdkörper zu entfernen; es war aber keiner da, und Patient genas völlig. K. kommt zu dem Schluss, dass die Untersuchung in tiefer Narkose auszuführen und dass die untere Bronchoskopie ihre hauptsächlichsten Erfolge feiern wird bei frischen, die obere Bronchoskopie aber bei veralteten Fremdkörpern.

SCHECH.

168) **Comba** und **Simonetti** (Florenz). **Behandlung acuter Larynxstenosen bei Kindern.** *Wiener med. Blätter. No. 35, 36 u. 37. 1899.*

Statistisch-klinische Bemerkungen.

Es werden die Indicationen zur Vornahme der Intubation angegeben und wird betont, dass man doch in einigen Fällen die Tracheotomie nicht umgehen könne, sei es als primäre oder secundäre Operation.

CHIARI.

169) **Alfred Rundström** (Stockholm). **Ueber die Behandlung von chronischen Stenosen des Larynx und des oberen Theiles der Trachea. (Om behandlingen af kroniska stenoser i larynx och öfre delen af trakea.)** *Hygiea. 1899.*

Verf. giebt in seiner Arbeit eine sehr ausführliche Bearbeitung der Frage und stellt die bis jetzt publicirten Resultate statistisch zusammen.

Bolzenbehandlung (mittels der Schrötter'schen Bolzen): 20 Fälle. Behandlungsresultat: Normale Respiration 13 Fälle, Besserung 6, kein Resultat 1. Die Aetiologie dieser Fälle war: Syphilis 7, Typhus 8, Variola 2, Tuberculose 1, unbekannt 2 Fälle. In 50 pCt. handelte es sich um schwere cicatricielle Stricturen, meistens mit perichondritischen Processen verbunden.

Behandlung mittels Schrötter's Larynxcatheter's: 28 Fälle. Resultat: Normale Respiration 20 Fälle, Besserung 5, keine Besserung 1, Tod 2 (Ursache: Bronchitis, Lungentuberculose). Die Aetiologie dieser Fälle war: Syphilis 8, Typhus 3, Sclerom (Stoerk's Blennorrhoe) 7, idiopathische Perichondritis 1, Diphtheritis 1, Erysipelas 1, unbekannt 7.

Intubation: 42 Fälle. Resultat: Normale Respiration 32, Besserung 5, keine Besserung 1, Tod 4.

Behandlung mittels blutiger Operationen: 38 (10mal Thyreotomie, 73mal totale Laryngofissur).

Bei den thyreotomirten Patienten wurde die Respiration normal 4mal, verbessert 5mal, Tod 1mal.

Bei den mittelst Laryngofissur behandelten Patienten war das Resultat: Respiration normal 49, verbessert 10, keine Verbesserung 8, Tod 2.

Die Aetiologie der 83 Fälle war: Syphilis 14, Typhus 14, Trauma 10, Scleroma 29, Variola 1, Sequelae tracheotomiae nach Diphtheritis und Croup 6, congenitale Membranbildung 2, idiopathische Perichondritis 2, Tuberculose 3, unbekannt 2.

Verf. resümirt seine Arbeit in folgenden Sätzen:

1. Bei den Stenosen, bei denen nicht allein das Larynxlumen in hohem Grade verengt, sondern das ganze Organ durch Nekrose des Skelets deformirt ist, soll die Resection des Larynx vorgenommen werden.

2. Bei den Stenosen, bei denen die Tracheotomie vor längerer Zeit gemacht



und das Lumen so klein ist, dass der Tubus, der eingeführt werden kann, zu klein für die Respiration ist, soll man mit den Schrötter'schen Bolzen die Behandlung anfangen, um später zu der Intubation überzugehen.

3. In allen anderen Fällen soll die Intubation angewandt werden.

4. Mittels endolaryngealer Operationen (Incisionen und Scarificationen von schwieligem Gewebe) soll die mechanische Behandlung unterstützt und abgekürzt werden.

SCHMIEGELOW.

170) **Trumpp** (München). **Die Intubation.** *Klin. therap. Wochenschr. No. 33 u. 34. 1899.*

Geschichte der Intubation, Instrumentarium, Operationstechnik, unmittelbarer Erfolg, üble Zufälle bei der Operation, Nachbehandlung u.s.w. Eine sehr ausführliche Arbeit.

CHIARI.

171) **v. Bókay** (Budapest). **Die Anwendung der Intubation in der Kinderpraxis mit Ausnahme der Diphtherie.** *Comptes rendus du XII. Congr. int. Bd. III. Sect. VI.*

B. giebt einige Beispiele für die Anwendung der Intubation bei luetischen Stenosen, Laryngitis subglottica, Decanulement-Schwierigkeiten, Fremdkörpern, als unterstützendes Verfahren bei Tracheotomie, Kehlkopfentzündung, Keuchhusten, Kehlkopfpapillomen etc.

P. HELLAT.

172) **M. Boulay** (Paris). **Ueber subglottische Stenosen, beobachtet nach Intubation. (Des rétrécissements sousglottiques observés à la suite du tubage.)** *Comptes rendus du XII. Congr. intern. Bd. III. Sect. VI.*

B. führt zwei Fälle von Stenose nach Intubation an. In einem Falle Tracheotomie und allmälige Besserung durch Schrötter. Im zweiten Fall, in dem ein vollständiger Verschluss des Larynx bestand, führte auch die Laryngofissur nicht zum Ziele.

P. HELLAT.

173) **Sargnon. Intubation und Tracheotomie bei Nichtcroup von Kind und Erwachsenen. (Tubage et trachéotomie en dehors de croup chez l'enfant et chez l'adulte)** *Annal. de la Société Méd. Chir. de Liège. No. 8. 1899.*

Die Intubation ist indicirt bei heilbaren und dilatablen Stenosen des Larynx und des oberen Theiles der Trachea; die Tracheotomie bei incurablen und tiefer gelegenen Stenosen.

BAYER.

174) **Maffei. Die Intubation des Kehlkopfs. (Le tubage du larynx.)** *La Clinique. No. 28. 1899.*

Revueartikel über verschiedene einschlägige Arbeiten, ohne etwas Neues zu bringen.

BAYER.

175) **Paul Reinhard. Zur Kenntniss des Auftretens von Trachealstenose nach Tracheotomie.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 6. 1899.*

Bei einem 18jährigen Mädchen war im Alter von 4 Jahren wegen Diphtherie die Tracheotomie gemacht worden; 12 Jahre später stellte sich eine Tracheal-

stenose ein, welche durch luxurirendes Narbengewebe der Luftröhrenschleimhaut in der Nähe der früheren Tracheotomiewunde bedingt war. Heilung durch Schrötter'sche Hartgummibougies.

SCHECH.

176) **F. Livini. Ueber die Histiogenese der Trachea. (Sulla istogenesi della trachea.)** *Academia Medico-Fisica Fiorentina. 9. Juli 1898.*

Von den elastischen Fasern der Trachea sind am frühesten vorhanden die longitudinal verlaufenden: Sie lassen sich bereits bei einem 13 cm langen Foetus nachweisen, während in diesem Entwickelungsstadium andere elastische, mit Orcein tingirbare Elemente in der Trachea noch nicht auffindbar sind, ausser einigen Fasern, die an der hinteren Wand zwischen den Enden der Knorpelringe verlaufen. Ebenfalls vorhanden sind in diesem Stadium schon die Drüsenanlagen, die, in besonders grosser Anzahl an der hinteren Wand, sich als Epitheleinstülpungen präsentiren. Die Entwickelung des elastischen Fasernnetzes schreitet mit grosser Rapidität vor, so dass dasselbe bei einem 35 cm langen Foetus bereits eine grosse Mächtigkeit erlangt hat.

FINDER.

177) **Massei. Ueber chronischen hämorrhagischen Trachealcatarrh. (Sul cronico catarro tracheale emorragico.)** *Arch. Ital. di Laringol. October 1898.*

Das hervorstechendste klinische Symptom in dem vom Autor beschriebenen Krankheitsbilde bildet anfallsweise auftretendes Blutspeien, wobei der Patient ohne angestrengtes Husten, oft sogar unter einem gewissen Gefühl der Erleichterung, ziemlich erhebliche Blutmengen (bis zu 100 ccm pro die) zu Tage fördert. Die Untersuchung der Respirationsorgane und des Sputums ergiebt nicht das Geringste für die Annahme einer eventuellen Tuberculose Verwerthbare. Dagegen sieht man bei der Spiegeluntersuchung, wenn man den Patienten tief inspiriren lässt, im Anfangstheil der Trachea auffallend stark entwickelte und zahlreiche Gefässe, die mit den weissen Knorpelringen lebhaft contrastiren, oft ganze Plexus bilden und in denen man die Quelle der den Patienten und seine Umgebung oft in grössten Schrecken setzenden, wiederholten Blutungen vor sich hat. Das Zustandekommen des hämorrhagischen Katarrhs gerade an dieser Stelle erklärt Verf. aus dem Zusammenwirken physikalischer und anatomischer Gründe: Die bei jeder Phonation exspirirte Luft staut sich in Folge des Verschlusses der Stimmlippen unter vermehrtem Druck im subglottischen Raum, wirkt als ständiges Reizmittel auf die Gefässe, die normaler Weise als stark entwickeltes Capillarnetz in der hier sehr lockeren Schleimhaut oberflächlich verlaufen, führt zur Erschlaffung ihrer Ränder und so zur Erweiterung ihres Lumens.

FINDER.

178) **G. Pisenti. Ueber zwei Fälle von hämorrhagischem Trachealcatarrh. (Interno a due casi di catarro tracheale emorragico.)** *Arch. Ital. di Laringol. Juli 1899.*

In beiden Fällen handelte es sich um junge Leute, die innerhalb mehrerer Jahre verschiedentlich an ziemlich heftiger Hämoptoe erkrankten, der eine das erste Mal im Anschluss an eine anstrengende Radtour, und bei dem wiederholte sorgfältige Untersuchung verschiedener Aerzte nicht das Geringste für das Vorhandensein einer Lungen- oder Kehlkopferkrankung ergab. Verf. war in der Lage,

in beiden Fällen als Quelle der Blutung varicös erweiterte Venen in der Trachealschleimhaut auf tracheoskopischem Wege festzustellen. Er leitet aus der Familiengeschichte der Patienten eine hereditäre Schwäche der Gefässveränderungen im Venensystem ab.

FINDER.

179) **Gisela Kuhn** (Brünn). **Ueber Tracheitis membranacea.** Zürcher Dissertat. aus d. pathol. Institut. Zürich bei Ovall Füssli. 1898.

Nach einer historischen Einleitung theilt Verf. zwei Fälle mit; einen Typhusfall, wo sich eine continuirliche, von einer herdförmigen Pneumonie ausgehende Membran bis in den Kehlkopf fortsetzt und dasselbe im Anschluss an eine acute fibrinöse Pneumonie. Bei letzterer war die Membran zusammengesetzt, wie das Exsudat der Lungen, aus Fibrin und Leukocyten; beim Typhus nur zur Hälfte aus Fibrin und im Uebrigen aus Mucin. Das Fibrin war in letzterer als Knotenpunkte eingelagert, welche radiäre Ausstrahlung erkennen liessen. Verf. glaubt eine scharfe Trennung zwischen fibrinösen und mucinösen Gerinnseln resp. Membranen überhaupt nicht annehmen zu dürfen und er glaubt, das Mucin werde bei langsameren Processen vorwiegen.

JONQUIÈRE.

180) **Courtade. Compression der Trachea durch ein Aneurysma des Aortenbogens eine Lähmung der Glottiserweiterer vortäuschend. (De la compression de la trachée par un anévrisme de la crosse aortique simulant une paralysie des abducteurs de la glotte.)** *Journal des praticiens. October 1899.*

Bei dem 45jährigen Patienten mit Aneurysma stellt sich seit 5—6 Monaten während einer jeden noch so geringen Anstrengung hochgradige Dyspnoe ein. Wenn der Patient sich ganz ruhig verhält, ist die Athmung ziemlich ruhig; sobald er nur einige Schritte thut, tritt die Dyspnoe ein, bei welcher ein stridulöses Geräusch hörbar ist, das an eine Lähmung der Glottiserweiterer denken lässt. Die Untersuchung des Larynx ergab jedoch weder Lähmung noch Tumoren. Es handelte sich um eine durch die aneurysmatische Geschwulst bedingte Compression der Trachea in ihrem untersten Theil.

A. CARTAZ.

181) **G. Prota. Primäres Sarcom der Trachea. (Sarcoma primario della trachea.)** *Arch. Ital. di Laringologia. April 1899.*

Verf. berichtet über zwei Frauen, die eine 40, die andere 50 Jahre alt, die unter Erscheinungen von Dyspnoe zur Untersuchung kamen und bei denen sich als Ursache der letzteren ein Tumor im Anfangstheil der Trachea ergab. Es wurde auf das Aussehen (? Ref.) des Tumors hin die Diagnose auf Sarkom gestellt; leider ist diese Diagnose durch keine histologische Untersuchung beglaubigt.

FINDER.

182) **T. N. Hall** (Denver). **Verstopfung der Bronchien durch vereiterte Bronchialdrüsen. (Bronchial obstruction by suppurating bronchial glands.)** *Amer. Journ. Med. Sc. August 1899.*

Eine interessante casuistische Mittheilung, die H. für einen durch vereiterte Bronchialdrüsen bedingten Fall von Verstopfung der Bronchien ansieht. Zur Stütze der Diagnose vermag er freilich nur klinisches Beweismaterial heranzu-

ziehen. Die vom Patienten expectorirte feste, fleischähnliche Masse wurde leider mikroskopisch nicht untersucht. Mit der eingetretenen Genesung schwanden sämmtliche Anhaltspunkte, und so war eine sichere Diagnose nicht mehr zu stellen. Patient, ein Arzt, litt vor fünf Jahren an Bronchitis; nur ein einziges Mal hatte man im Sputum spärliche Tuberkelbacillen gefunden, während die späteren Untersuchungen lediglich Eiterzellen und Staphylokokken constatiren liessen. Höchstwahrscheinlich handelte es sich um vergrösserte Bronchialdrüsen, die auch den Anfall von erschwertem Athmen, den man beim Patienten beobachtete, erklären würden. Mit dem allmäligen Schwinden des Hindernisses nahm die Expectoration zu, um dann, nachdem die Masse ausgehustet wurde, fast ganz zu versiegen. Auch die Athembeschwerden gingen zurück. A. LOGAN TURNER.

f. Schilddrüse.

183) **Gautier** (Genève). **Noch einmal etwas vom Jod und von der Schilddrüse. (Encore l'iode et la glande thyroide.)** *Revue méd. Suisse romande. H. 10. 1899.*

Antwort auf einen Artikel von Jannin. Einer von den in der vorigen Arbeit beschriebenen Fälle wird hier näher ausgeführt, welcher durch eine minimale Jodbehandlung des Kropfes Thyreoidismus mit starkem Exophthalmus und allen anderen Zeichen des Basedow bekam. G. unterstützt ganz Jannin bezüglich der Wirkung ganz kleiner Jodgaben auf latente Thyreoidisten, und er behauptet, Genf und namentlich die alte Genfer Gesellschaft weise viele solche latent Prädisponirte auf. Daher vertrage auch durchschnittlich die Genfer Gesellschaft einen längeren als vierwöchentlichen Aufenthalt am Meere schlecht. G. beobachtete ferner, dass der durch Jod erregte Thyreoidismus bei psychisch hereditär Belasteten Psychosen verschiedener und schlimmer Art hervorrufen könne. Man solle deshalb in endemischen Kropfgegenden auf alle im Leben vorkommenden Jodanwendungen, auf unschuldige Mineralwässer, welche Spuren von Jod enthalten, auf die Practiken von Zahnärzten mit Jodoformfüllungen u. a. m. aufmerksamer Acht haben. JONQUIÈRE.

184) **Kocher jun.** (Bern). **Ueber glykogenhaltige Strumen.** Inaugural-Dissert. Bern 1899.

K. hebt die Seltenheit des bisherigen Nachweises von Glykogenbildung in Strumen gegenüber der auffallenden Deutlichkeit des entsprechenden mikroskopischen Bildes, wie er sie durch Eosinfärbung erzeugen konnte, hervor. Er fand dieselbe in der relativ grossen Zahl von 5 Kröpfen, von welchen 4 sarcomatös oder carcinomatös waren, der 5. eine blosse Graviditätsstruma.

Das Glykogen fand sich in eigenthümlich aufgehellten Drüsenalveolen, theils in den aufgedunsenen polyedrischen Zellen, welche gegen einander nur durch leicht röthlichen feinen Saum oder gar nicht abgegrenzt erschienen und grosse Kernbläschen hatten; theils lagen Glykogentropfen im freien Hohlraume der Alveolen.

Die beigegebenen Tafeln zeigen die charakteristische Aufhellung und die aufgequollenen Zellkerne der betreffenden Stellen.

In einem Falle waren die gleichen Veränderungen in metastatisch ergriffenen Bronchialdrüsen nachzuweisen. JONQUIÈRE.

185) **Hültl. Ueber die luetischen Erkrankungen der Schilddrüse.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 8. 1899.*

Die Syphilis der Schilddrüse ist eine sehr seltene Erkrankung und kann man unterscheiden: 1. Thyreoiditis interstitialis syphilitica, beobachtet von Kuttner und Köhler, 2. Gumma bei congenitaler Lues (Fälle von Demme, Birch-Hirschfeld, Dubois) und bei acquirirter Lues (Fälle von Navratil, Fränkl, Kuttner). H. fügt einen neuen Fall letzterer Art bei; die Diagnose wurde Anfangs auf Struma maligna und wegen Betheiligung des Kehlkopfes auf Carcinoma laryngis gestellt. Bei der Tracheotomie, die wegen Blutung aus der colossal geschwellten Thyreoidea mit Paquelin gemacht wurde, entstand der Verdacht, ob es sich wirklich um Struma maligna handelte, und ein exstirpirtes Stück sprach direct dagegen. Eine methodische Jodbehandlung hatte völlige Heilung zur Folge.

SCHECH.

186) **Vitrac. Hydatidencysten der Schilddrüse. (Kystes hydatique du corps thyroide.)** *Revue de Chirurgie. Mai 1897.*

Diese recht seltene Affection besitzt alle Charaktere eines Schilddrüsentumors. Der Verlauf ist äusserst langsam, der Sitz am häufigsten in dem subcapsulären oder interlobulären Zellgewebe bezw. in den Lappen oder Isthmus. Für die exacte Diagnose entscheidend ist der Umstand, ob der Tumor den Bewegungen der Trachea während der Deglutition folgt, ferner ob er sich mit der Trachea verschieben lässt, oder nicht, woraus man dann schliesst, dass die Cyste im Innern oder neben der Thyroidea ihren Sitz hat. Das Eindringen der Hydatidenkeime in die Schilddrüse geschieht am häufigsten auf dem Blutwege seltener, durch directes Einwandern quer durch die Oesophaguswand. Die Cyste erreicht selten beträchtliche Grössen und verursacht wenig Drucksymptome. Die Therapie muss frühzeitig einsetzen und besteht in einfacher Punction, Jodinjection, Incision, Exstirpation oder Thyreoidectomie. PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

187) **Robert Jones. Fremdkörper im Rachen und Speiseröhre. (Foreign bodies in the pharynx and oesophagus.)** *Lancet. 6. Mai 1899. The Med. Age. Juni 1899. The N. Y. Lancet. Juli 1899.*

Verf. empfiehlt Untersuchung mit dem Finger am hängenden Kopfe. Forcirte Extractionsversuche durch den Mund hält er für unerlaubt und räth zu rascher Operation. Er berichtet über seine eigenen reichen Erfahrungen. EMIL MAYER.

188) **Segond** (Paris). **Oesophagotomie zum Entfernen eines Gebisses. (Oesephagotomie pour l'ablation d'un râtelier.)** *Société de Chirurgie. Juli 1899.*

Herausholung eines Gebisses durch die äussere Oesophagotomie nach einer Röntgenaufnahme.

PAUL RAUGÉ.

189) **W. Permewan. Zwei durch subhyoideale Pharyngotomie entfernte Oesophagus-Tumoren. (Two cases of tumor of the oesophagus removed by subhyoid pharyngotomy.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1899.*

P. berichtet über zwei von ihm operirte Tumoren, die von der hinteren Wand des Oesophagus, dicht unterhalb des Larynxeintritts ihren Ursprung nahmen. Beidemale führte er die Pharyngotomia sub-hyoidea aus. Der erste mit Fibromyxom behaftete Patient ging an Septicämie zu Grunde, deren Entstehen der Autor dem unmittelbaren Verschluss der Wunde zuschreibt. Der zweite Patient mit Carcinom genas, da man bei ihm die Wunde weit offen gelassen hatte. P. hält die Incision von der Membrana thyro-hyoidea aus für die geeignetste zum Entfernen von Tumoren im unteren Pharynx und oberen Oesophagus, da dieselbe einen vorzüglichen Ueberblick über alle Theile gestattet. Die Technik der Operation ist im Einzelnen dargelegt.

LOGAN TURNER.

190) **Koeppelin** (Lyon). **Narbige Strictur des Oesophagus. Lungengangrän. Tod. (Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage. Gangrène pulmonaire, mort.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 8. Juli 1899.*

Die vom Patienten versehentlich geschluckte Lauge setzte eine so grosse Strictur, dass die Nahrungsaufnahme unmöglich wurde. Durch permanente Dilatation erzielte man zwar eine merkliche Besserung, doch erlag Patient einem Lungenleiden. Bei der Autopsie fand man fast die ganze mittlere Partie des Oesophagus mit Narbengewebe erfüllt, ausserdem in der Lunge einen haselnussgrossen mit putridem Inhalt gefüllten Abscess, der wohl dem Catheterismus seinen Ursprung verdankt. Man sollte daher statt dieses gefährlichen Mittels doch lieber zur Gastrostomie schreiten.

PAUL RAUGÉ.

191) **Henry Mann Silver. Nicht maligne Strictur des Oesophagus und ihre Behandlung. (Non-malignant strictures of esophagus and their treatment.)** *Journal American Medical Association. 15. Juli 1899.*

Wenn nach starker Verätzung des Oesophagus unter erheblicher Entzündung die Strictur rasch entsteht, bevorzugt Verf. die Gastrotomie. Ist die Entzündung gering und nicht viel Regurgitation vorhanden, so ist die Oesophagotomie angebracht. Nach beiden Eingriffen soll die Dilatation von unten her vorgenommen werden.

EMIL MAYER.

192) **W. J. Mayo. Narbige Strictur des Oesophagus und ihre Behandlung. (The oesophagus. Cicatricial stricture thereof. Its treatment.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 29. Juli 1899.*

M. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die systematische Sondirung soll 2—4 Wochen nach dem Verschlucken einer ätzenden Substanz begonnen werden.

2. Bei schwerer Verletzung verringert man durch sofortige Gastrotomie die Gefahr und beschleunigt die Vernarbung. Die Sondirung wird in derselben Weise (Satz 1) gehandhabt.

3. Nicht dilatirbare Stricturen in der Nachbarschaft des Ringknorpels sind durch äussere Oesophagotomie zu spalten.

4. Stricturen oberhalb des Aortenbogens kann man sicher durch eine Combination von äusserer und innerer Oesophagotomie angreifen.

5. Feste Stricturen innerhalb des Thorax werden am besten nach Ochsner's Methode dilatirt und wenn nöthig mittelst Abbe's Kettensäge gespalten.

6. Impermeable Stricturen müssen durch retrograde Dilatation erweitert werden.

7. Eine dilatirte Strictur soll von Zeit zu Zeit sondirt werden, Jahre lang oder das ganze Leben hindurch.

EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) S. Paulli. Ueber die Pneumaticität des Schädels bei den Säugethieren. (Om Pneumaticiteten af Kraniet hos Patte dyrene. En morphologisk Studie.) Habilitationsschrift. Kopenhagen 1899.

Diese Arbeit ist eine sehr interessante morphologische Untersuchung über die von der Nasenhöhle ausgehenden pneumatischen Räume bei den Säugethieren; sie enthält ausserdem eine recht sorgfältige Untersuchung über die Morphologie des Siebbeins, welche nothwendig ist für das Verständniss der Pneumaticität, da die pneumatischen Räume grössten Theils von Ausstülpungen der Schleimhaut in die Ethmoturbinalien gebildet werden. Die Untersuchungen des Verf.'s bringen neue und werthvolle Aufklärungen, welche eine ganz andere Auffassung ermöglichen, wie die bisherige.

Das Ethmoid wird beschrieben als ein Kästchen mit einer sagittalen Scheidewand; jede Hälfte ist von den Ethmoturbinalien gefüllt, welche von der Lamina cribrosa und der Lateralwand entspringend mit ihrem freien Rand sich gegen das Septum erstrecken. Die Ethmoturbinalien bestehen aus einer Basallamelle mit mehr oder weniger aufgerolltem Rande, dem Riechwall. Von solchen Ethmoturbinalien werden an einem Sagittalschnitt fünf sichtbare; diese werden Endoturbinalien genannt. Fünf Endoturbinalien sind typisch für das Säugethierethmoid. Abweichungen hiervon sind auf Trennungen oder Verwachsungen zurückzuführen. Zwischen den Endoturbinalien sind die Ektoturbinalien versteckt. Aber wenn die Endoturbinalien homologe Formationen sind, so können die Ektoturbinalien nicht auf einen

gemeinen Typus zurückgeführt werden; sie sind vielmehr in sehr verschiedener Zahl zu finden und sind analoge Formationen, entstanden während der Anpassung des Ethmoids. Bei den Primaten (u. a. Mensch) ist das Ethmoid sehr stark reducirt, nur bei einzelnen Arten, z. B. Hapale und Mensch, werden 1—2 rudimentäre Ektoturbinalien gefunden (die Bulla ethmoidalis beim Menschen ist ein Ektoturbinale), und die Endoturbinalien sind zu einer Basallamelle ohne Riechwallsformation reducirt.

Nach Verf. sind die pneumatischen Räume als „leere" aufzufassen, d. h. sie sind nicht dazu bestimmt, die Ethmoturbinalien aufzunehmen. Sie sind vielmehr selbständige Formationen, deren Bedeutung in der Ausbildung des Craniums während der Anpassung zu suchen ist. Für diese Auffassung spricht sehr deutlich eins von den Resultaten des Verfassers: Die Pneumaticität ist direct abhängig von der Grösse der Arten. Wenn man, wie z. B. bei den Raubthieren, Theile von den Ethmoturbinalien in den pneumatischen Räumen findet, dann ist dieses nur als secundäre Einwachsung zu betrachten. Weiter schliesst Verf., dass eine vergleichende Untersuchung nur auf die Lage der Verbindungsöffnungen der pneumatischen Cavitäten mit der Nasenhöhle, und nicht auf die anderen Verhältnisse, wie die Ausdehnung der Höhlen gegründet werden kann. Die constanteste pneumatische Cavität ist der Sinus maxillaris, welcher bei beinahe allen placentalen Säugethieren gefunden wird und bei den Insectivoren die einzige pneumatische Höhle ist. Bei weiterer Ausbildung der Pneumacität stülpt die Ethmoidalschleimhaut sich zwischen die Ansätze der Basallamellen aus und bildet so in jeder Hälfte des Craniums ein System von gegenseitig ganz getrennten Cavitäten; bei grösseren Säugethieren hat der Verf. sogar 17 Höhlen in einem derartigen System gefunden. Ausser diesen Systemen werden bei einzelnen Säugethieren specielle Cavitäten gefunden, z. B. bei Perissodaktylus, Choloepus, Hystrix etc. Beim Menschen findet man den Sinus maxillaris, die typische Formation aller placentalen Säugethiere, und ausserdem ein System von pneumatischen Räumen, welche aus dem Boden zwischen den Conchae sich entwickeln. Die Höhlen in diesen Systemen sind wohlbekannt unter dem Namen Cellulae ethmoidales und Sinus frontalis, und ebenso wohl bekannt ist die grosse Variation in der Anzahl und der Lage der Einmündungsöffnungen dieser Cavitäten, mit anderen Worten, wir haben hier mit analogen und nicht mit homologen Formationen zu thun. Der Sinus frontalis ist n i c h t ein pneumatischer Raum von bestimmtem morphologischem Werthe, er ist vielmehr nur eine zufällige Cellula ethmoidalis, welche einen grösseren Umfang dadurch erreicht hat, dass sie im Os frontale sich ausbreitet; der Name „Sinus frontalis" ist deshalb unrichtig und unhaltbar, insofern er nicht einen pneumatischen Raum von bestimmtem morphologischem Werthe bezeichnet. Ebenso wenig ist der Name „Sinus sphenoidalis" berechtigt; die pneumatischen Räume in dem Prae- und Basissphenoid sind nur Theile der analog entwickelten Symptome und besitzen keinen bestimmten morphologischen Werth; folglich hat auch der Name Sinus sphenoidalis keine Berechtigung. Schliesslich zeigt Verf., dass der Sinus sphenoidalis beim Menschen gar keine pneumatische Cavität ist, sondern nur das hintere Ende der primitiven Nasenhöhle.

Die fleissige und sorgfältige Arbeit ist mit vorzüglichen Tafeln und vielen schematischen Zeichnungen ausgestattet.

V. Saxtorph Stein (Schmiegelow).

---

b) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

Erste Sitzung vom 11. März 1899.

1. Schmiegelow demonstrirte 2 Fälle von Larynxstenose, der eine bedingt durch eine metastatische Perichondritis der Cartilago cricoidea post anginam, der andere, ebenfalls durch Perichondritis Cartilag. cricoideae, jedoch syphilitischer Natur (die Fälle sind ausführlich in der Revue hebdomadaire von Moure, Mai 1899 veröffentlicht).

2. Schmiegelow zeigte ein mikroskopisches Präparat einer Geschwulst, die aus dem Antrum Highmori eines 26jährigen Mädchens entfernt war. Das Mädchen war längere Zeit wegen eines Oberkieferempyems mit Durchspülung vom Proc. alveolaris aus behandelt worden; schliesslich musste zur Aufmeisselung der vorderen Wand und zur Entfernung der Geschwulst geschritten werden. Die mikroscopische Untersuchung zeigte, dass die Geschwulst ein Epitheliom mit atypischer Epithelproliferation darstellte. Die Patientin, die vorgestellt wurde, befand sich wohl und zeigte keine Spur von Recidiv.

3. Schmiegelow demonstrirte einen Kehlkopf von einem 32jährigen Mädchen, welches im December 1898 an Melanocarcinom des Kehlkopfes gestorben war. Die Krankheit hatte ein Jahr gedauert. Der ganze Kehlkopf mit Ausnahme eines kleinen Theils der Epiglottis und des linken Lig. aryepiglotticum war von der Geschwulst durchwachsen. Die Geschwulst reichte 5 cm in den Oesophagus hinein und hatte die Tracheotomie nothwendig gemacht.

4. Grönbech stellte einen 30jährigen Mann mit einer sehr verbreiteten, ulcerirenden destructiven syphilitischen Ulceration des harten und weichen Gaumens vor. Frühere Syphilis wurde vollständig abgeleugnet; der schnelle Erfolg einer antiluetischen Behandlung stellte jedoch die Diagnose sicher.

Zweite Sitzung vom 8. April 1899.

1. Grönbech zeigte einen 48jährigen Mann mit einer bedeutenden Geschwulst im Nasenrachenraume. Seit 3 Monaten starke und wiederholte Blutungen von der linken Seite. Die Geschwulst füllt den Rasenrachenraum ganz und reicht in die linke Nasenhälfte hinein. Sie blutet bei der geringsten Berührung. Der Tumor ist fest und glatt. Das Alter des Patienten deutet auf ein Fibrosarkom hin. Grönbech glaubt die Geschwulst mit der galvanocaustischen Schlinge entfernen zu können. Schmiegelow meint, dass der Fall sich vielleicht eher für die elektrolytische Behandlung eignet.



2. G. Kiaer zeigte ein 17jähriges Mädchen mit primärem Lupus nasi besonders der rechten Nasenhöhle und des weichen Gaumens. Der Fall konnte mit tertiärer luetischer Affection sehr leicht verwechselt werden, aber eine energische antisyphilitische Behandlung, die längere Zeit fortgesetzt wurde, hat sich als nutzlos erwiesen.

3. Schmiegelow demonstrirte einen mandelgrossen, gestielten Polyp, den er aus dem Larynx eines 57jährigen Mannes entfernt hat und welcher sich mikroscopisch als ein Carcinoma alveolaris erwies. Die Insertionsstelle war das rechte Lig. aryepiglotticum; die Geschwulst wurde mittelst Schlinge entfernt und die Insertionsstelle energisch galvanocauterisirt.

4. Klein: Demonstration von Instrumenten.

5. Ausserdem wurden mehrere otologische Fälle demonstrirt und besprochen.

Schmiegelow.

---

c) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 3. Februar 1899.

Vorsitzender: Dr. de Havilland Hall.

Betham Robinson: Geringe Abductionsbeschränkung des rechten Stimmbandes.

37jähriger Mann, tuberculös belastet, seit 3 Monaten heiser. Die Stimmbänder sehen congestionirt aus, das rechte ist in seiner Abductionsbewegung etwas geschwächt. Ausserdem ist am Halse unter dem hinteren Theile des rechten Schildknorpelflügels eine gewisse Völle und Spannung zu constatiren. Unter Jodbehandlung ist eine geringe Besserung eingetreten. Redner vermuthet einen extralaryngealen tuberculösen Process, durch den mechanisch die Bewegung des rechten Stimmbandes gehemmt wird.

Dundas Grant führt die Bewegungsbeschränkung auf mechanische Fixation zurück.

Rees hält dieselbe überhaupt nur für eine scheinbare, durch die Asymmetrie des Larynx vorgetäuschte.

Der Vorsitzende weist dem gegenüber auf die Zeichen von Entzündung hin, die an den Stimmbändern bestehen.

Betham Robinson: Geschwulst des rechten Stimmbandes.

R. stellt den am 8. Juni 1898 der Gesellschaft gezeigten Patienten nach glücklicher Entfernung der Geschwulst vor. Der Tumor war entweder ein Myxom oder eine schleimhaltige Cyste; er ist bei der Operation zerdrückt worden.



Furnish Potter: Totale (?) Lähmung des linken Stimmbandes.

48jähriger Mann mit einer zweifelhaften früheren syphilitischen Infection, seit 7 Wochen heiser. Das linke Stimmband steht unbeweglich in Cadaverposition. Die linke Gaumenhälfte ist paretisch, die Zunge beim Vorstrecken etwas links abweichend. Der Trapezius, Sternocleidomastoideus und der Orbicularis oris erscheinen normal. Die Augäpfel zeigen einen leichten lateralen Nystagmus. An der Brust ist keine Veränderung nachweisbar. Jodkali wird einen Monat lang genommen ohne dass eine Besserung eingetreten ist.

Sir Felix Semon constatirt das Vorhandensein completer Recurrenslähmung.

H. Tilley betont die complicirende Gaumenlähmung, die ein weiterer Beweis für die von Horsley und Beevor experimentell erwiesene Versorgung des Gaumens durch den Accessorius ist.

Bowlby: Geschwür der Nasenscheidewand.

Gesunde Frau von 32 Jahren, die weder tuberculös noch syphilitisch ist und bei der vor etwa 8 Monaten eine Schleimhautanschwellung am Septum sich eingestellt hat. In der letzten Zeit begann an dem oberen Theil des knorpligen Septums eine Ulceration, die jetzt langsam sich ausdehnt. Von einer Necrose des Knochens ist nichts nachzuweisen. Tuberkelbacillen sind nicht zu constatiren.

Dundas Grant glaubt nicht, dass es sich hier um ein einfaches Ulcus perforans handelt, sondern vermuthet Tuberculose oder Lupus.

St. Clair Thomson erklärt, dass das Geschwür zu hoch sitze, um durch mechanische Reizung erklärt zu werden. Andererseits spreche der langsame Fortschritt und der Mangel des typischen Geruchs gegen die Diagnose Syphilis. Der indolente und verdickte Rand des Geschwürs legt den Gedanken an Tuberculose nahe. Redn. empfiehlt zur Förderung der Diagnose einen Versuch mit Tuberculin.

Waggett weist ebenfalls den Gedanken an ein einfaches perforirendes Ulcus, das übrigens eine Theilerscheinung eines atrophischen Processes sei, zurück wegen der vorangehenden beiderseitigen Schwellung der Weichtheile und wegen der jetzt bestehenden entzündlichen Verdickung der Geschwürsränder.

Scanes Spicer hält das Geschwür für syphilitisch.

Der Vorsitzende hält die Diagnose für zweifelhaft; sicher sei nur, dass es sich um kein einfaches atrophisches Geschwür handelt. Er hat solche Fälle von Anfang an beobachtet und in keinem Stadium derselben je eine Schleimhautverdickung gesehen.

De Havillard Hall: Präparat von Abscess des Kehlkopfs.

Das Präparat stammt von einer jungen Frau, die an septischer Pneumonie mit acuter Nierenentzündung gestorben ist. Ca. 30 ccm eines dunkelgrünen fötiden Eiters entleerten sich aus dem Gewebe um den Larynx, dessen Knorpel zur Zeit der Section necrotisirt waren. Im rechten Leberlappen fand sich eine Hydatidencyste von Orangengrösse, die eine Hydatidenmembran und dicken olivengrünen visciden Eiter enthielt.

William Hill: Ein Kind mit eigenartigem ächzenden Ton beim Inspirium.

Das inspiratorische Geräusch ist zu allen Zeiten hörbar, im Wachen wie im Schlafe. Es wird auf den laxen Zustand der oberen Grenzen des Kehlkopfeingangs zurückgeführt. Für die Annahme, dass die Glottis selbst an der Production dieses Tones Theil nimmt, liegt kein Grund vor. Der Fall gehört zu der von Gee und Lees und neuerdings von Lack beschriebenen Krankheitsgruppe.

Sir Felix Semon glaubt, dass der Stridor durch eine Trachealstenose verursacht ist und weist auf die neueren Arbeiten über die Frage der Hypertrophie der Thymusdrüse hin. Die Intubation würde die Frage, ob der Larynx den Ton producirt oder nicht, schnell entscheiden.

Rees bemerkt, dass der Stridor aussetzt, wenn das Kind schreit.

Lack äussert, dass bei der Trachealstenose durch Thymusvergrösserung der exspiratorische Stridor sehr viel ausgesprochener ist, als der inspiratorische. Im vorliegenden Falle aber fehlt der exspiratorische Stridor, wie dies in der Regel der Fall ist bei der angeborenen laryngealen Obstruction durch Collaps der Gewebe des Kehlkopfeingangs.

Richard Lake: Papillome des Kehlkopfs.

Demonstration von 2 grossen Papillomen, die am vorderen Theil beider Stimmbänder entsprangen.

St. Clair Thomson: Der in der November-Sitzung vorgestellte Fall von hypertrophischer Laryngitis zweifelhafter Natur.

Der Vortr. stellt den 51 jährigen Patienten noch einmal vor, weil sich seither Zeichen von Lungentuberculose bei ihm entwickelt haben. Auch ist jetzt ein auf Tuberculose verdächtiges Ulcus an der Epiglottis aufgetreten. Der Fall illustrirt die grossen Schwierigkeiten, die man oft bei der Diagnose der Frühstadien der tuberculösen Laryngitis findet. Jodkali ist in grossen Mengen genommen worden.

Clifford Beale fragt an, ob sich das Oedem rapide während des Jodkaligebrauchs entwickelt hat. Er hat dieses Vorkommniss in mehreren Fällen beobachtet. Das Oedem, wenn es einmal eingetreten ist, kann bestehen bleiben.

Der Vorsitzende meint, dass man Jodkali in ähnlicher Weise verwerthen könne, wie Tuberculin, als eine Probe auf Tuberculose.

Thomson theilt mit, dass das Oedem der Aryknorpel sich plötzlich in einer Woche entwickelt hat in der Weise, wie es von Beale beschrieben ist.

Herbert Tilley: Grosser Nasenrachenpolyp.

T. demonstrirt einen sehr grossen Nasenpolypen, den er mit der Loewenberg'schen Zange vom Nasenrachenraum aus entfernt hat. Er misst 5 Zoll im langen und $3^1/_2$ in seinem kürzesten Durchmesser.

Sir Felix Semon fragt an, ob die Geschwulst Cysten enthält, wie dies oft bei in den Nasenrachen hineinhängenden Polypen der Fall ist.

Scanes Spicer bestätigt, dass fast alle Polypen, die von den vorderen

oder hinteren Enden der mittleren Muscheln entspringend in den Nasenrachenraum hineinragen, eine Anzahl kleiner Cysten enthalten.

Waggett ist derselben Ansicht, macht aber darauf aufmerksam, dass kleine glanduläre Retentionscysten in der grossen Mehrzahl aller Nasenpolypen zu finden sind.

Tilley erwidert, dass sein Polyp eine oder zwei grosse Cysten enthält.

Herbert Tilley: Epitheliomatöse Ulceration im Nasopharynx.

Vorstellung eines 55jährigen Patienten, bei dem die obere Fläche des Velum und die Wände des Nasopharynx von einem ulcerirten Epitheliom eingenommen sind. Unter dem oberen Theile des linken Sternocleidomastoideus ist eine geschwollene Drüse zu fühlen.

St. Clair Thomson hat einen ähnlichen Fall bei einem Manne von 34 Jahren beobachtet. Er glaubte anfangs, dass es sich um späte Adenoide handele. Bei der Operation trat eine profuse Blutung ein und es entwickelte sich rapide ein Recidiv.

Rees hat vor kurzem ebenfalls einen solchen Fall gesehen.

Dundas Grant: Empyem der Kieferhöhle geheilt durch Irrigation von der Alveole aus nach Versagen der intranasalen Behandlung.

Ausspülungen nach Anbohrung vom unteren Nasengang aus führten nicht zu dauernder Heilung. Nach Extraction mehrerer cariöser Zähne und Eröffnung der Höhle von der Alveole aus wurde das gewünschte Resultat erzielt.

Sir Felix Semon beglückwünscht den Redner zu diesem Falle, der im Gegensatz zu den in früheren Sitzungen geäusserten Anschauungen steht. Es geht daraus hervor, dass verschiedene Fälle auch verschiedene Behandlungsmethoden erfordern.

Der Vorsitzende und Hill nehmen an, dass dies ein Fall dentalen Ursprungs sei; daher der Erfolg des Eingriffs von der Alveole aus.

Grant stellt fest, dass er schon früher vorgeschlagen hat, die Fälle dentalen Ursprungs von der Alveole, die nasalen Ursprungs von der Nase aus zu behandeln.

Sitzung vom 3. März 1899.

Vorsitzender: Dr. De Havilland Hall.

Bowlby: Kehlkopflähmung bei Oesophagusstrictur.

50jähriger Mann, leidet seit 12 Monaten an Schluckbeschwerden. Zur Zeit ist eine deutliche Strictur der Speiseröhre 7 Zoll hinter der Zahnreihe nachweisbar. Das linke Stimmband ist in Cadaverstellung fixirt und zeigt eine wesentliche Ausbuchtung des inneren Randes. Redner hat mehrere Fälle dieser Art gesehen; das linke Stimmband ist häufiger afficirt.



Clifford Beale verfügt über einen ähnlichen Fall, bei dem eine harte Infiltration dem Verlauf des Oesophagus folgend nachweisbar ist. Das erste Symptom in diesem Falle war eine Kehlkopfstenose. Beide Stimmbänder standen in Cadaverstellung, aber die Stimme war klar und es musste wegen Adductorenspasmus die Tracheotomie gemacht werden.

Sir Felix Semon vermag nicht zu sagen, ob das rechte oder das linke Stimmband häufiger in diesen Fällen afficirt ist, aber sicher hat er mehrere Fälle gesehen mit rechtsseitiger Stimmbandlähmung. Die Concavität des inneren Stimmbandrandes ist durch die Betheiligung des Nervus laryngeus inferior vollständig erklärt, indem eine Lähmung des Internus vorliegt. Der Cricothyroideus hat damit nichts zu thun und er muss der neuerdings aufgestellten Hypothese widersprechen, als ob langdauernde Recurrenslähmung eine Degeneration und Atrophie des Cricothyroideus, der seiner Antagonisten beraubt sei, nach sich ziehen müsse. Dies sei eine rein theoretische Construction. Man braucht ja nur an die Fälle von Adductorenlähmung bei Tabes zu denken, wie sie in dieser Gesellschaft mehrfach vorgestellt sind, bei denen die Stimmbandlähmung seit 10 und mehr Jahren dauert und die Patienten doch in der Lage sind, nicht nur mit klarer Stimme zu sprechen, sondern sogar zu singen. Und weiter haben Friedrich (Leipzig) und Herzfeld (Berlin) bei der Section von Fällen von alter und completer Recurrenslähmung den Cricothyroideus besonders untersucht und vollständig normal gefunden. Es ist erforderlich, dass noch mehr Fälle untersucht werden, und jede Gelegenheit sollte benutzt werden zur Untersuchung des Cricothyroideus in solchen Fällen.

Der Vorsitzende hat ebenfalls mehrere Fälle von rechtsseitiger Lähmung beobachtet. Er fand öfter, dass Druck auf die Halsdrüsen einen Anfall von Glottiskrampf auslösten, vielleicht durch Reflexwirkung im rechten Recurrens.

Edward Law: Lupus der Nase.

Ein Lupus des linken Nasenflügels und des Naseneingangs wurde vor 18 Monaten ausgekratzt und ist seither vernarbt geblieben. Vor Kurzem aber traten Granulationen am Boden des unteren Naseneingangs auf, die sich nach oben bis zur mittleren Muschel und nach hinten bis zum hinteren Rand des Septums ausbreiteten. Durch Curettement und Milchsäure wurde wieder Vernarbung erzielt; aber eben jetzt ist ein neues kleines Knötchen auf der oberen Fläche des Velums erschienen.

Edward Law: Nasenpolypen mit beiderseitiger starker Obstruction der Nase.

Die sehr störende Nasenverschliessung war durch eine in früherer Zeit acquirirte Fractur des Septums verursacht.

Die Discussion beschäftigte sich mit der Frage des operativen Eingriffs bei Nasenstenose.

Sir Felix Semon weist darauf hin, dass die Frage, auf welche Weise man am besten nach Entfernung von Spinen der Nasenscheidewand u. dergl. die Bildung von Adhäsionen vermeide, in gewissen Fällen schwer zu entscheiden sei.

Er hat erst kürzlich einen Fall gesehen, in dem trotz der verschiedensten Vorkehrungsmaassregeln wiederholt neue Adhäsionen eintraten.

William Hill hat vor Kurzem einen ähnlich hartnäckigen Fall behandelt, bei dem jetzt durch Einlegung eines Gummipflockes der gewünschte Erfolg erzielt zu sein scheint.

Waggett hat sich die Ansicht gebildet, dass der länger fortgesetzte Gebrauch solcher Pflöcke nach der Operation nicht erwünscht ist, weil er Druckanämie erzeugt und dadurch die natürliche Heilung verzögert. Er benutzt jetzt statt der Röhre eine ganz dünne Celluloidscheide, welche wenig Platz einnimmt und keinen Druck ausübt und dabei doch die Verwachsung verhindert und gleichzeitig ausreichende Drainage und Reinigung ermöglicht.

Spencer bespricht die Schwierigkeit und die Schmerzhaftigkeit der Behandlung in manchen dieser Fälle und empfiehlt für diese die allgemeine Narkose, Abtragung der unteren Muschel und forcirte Dilatation des unteren Nasengangs.

Scanes Spicer hält ebenfalls die ausgiebige Entfernung der Muscheln in derartigen Fällen für gerechtfertigt.

Donelan hat in einem Falle die Neubildung von Adhäsionen verhütet durch Trennung der Wände mittelst eines in Bleiacetat und Alaun getauchten Gazestreifens. Nach der Abtragung der Muscheln hat er ernste Nekrosen des Knochens eintreten sehen.

Dundas Grant hat nach Abtragung der unteren Muschel und einer Spina septi eine Adhäsion sich bilden sehen. Diese Operationen sollten in getrennten Sitzungen ausgeführt werden. Ein Spray von Eucain und danach ein Spray von 4proc. Antipyrin führen eine längere Anästhesie und Schrumpfung der Gewebe herbei.

Law hat die Erfahrung gemacht, dass Knochenbrücken, die einige Monate nach ihrer Bildung weggebrochen wurden, nicht die gleiche Tendenz zur Wiederbildung zeigten.

de Havilland Hall: Complete Verwachsung zwischen Gaumensegel und hinterer Rachenwand.

Der Zustand, der durch congenitale Syphilis verursacht ist, erzeugt in dem vorgestellten Falle keinerlei störende Symptome.

Paterson: Fremdkörper im Nasenrachenraum seit 4 Jahren.

Das Kind hatte vor 4 Jahren beim Spielen mit einem metallenen Regulirstäbchen plötzlich Dyspnoe bekommen. Es wurde damals umgekehrt, worauf die die Dyspnoe sich besserte. Später entwickelten sich nasale Dyspnoe und Ohrenfluss. Bei der Untersuchung, die P. vornahm, fand sich der erwähnte Fremdkörper im Nasopharynx vor, von Phosphaten überzogen.

Parker erwähnt den Fall eines Kindes, bei dem ein Gummidrain von 2 Zoll Länge nach 2jährigem Aufenthalt aus dem Nasenrachen entfernt wurde.

Atwood Thorne: Ein Fall von Kehlkopfschwindel.

51jähriger Mann giebt an, dass er, sobald er einen Hustenanfall hat, sich

schwindlig fühlt und nach der rechten Seite hinstürzt. Derartige Hustenanfälle mit Schwindel bestehen seit 2 Jahren. Pat. leidet ausserdem an leichter Taubheit und Ohrenklingen, ferner an einem Lungenemphysem mässigen Grades. Th. hat einen Anfall nicht beobachtet.

Law neigt zu der Annahme, dass es sich in diesem Falle um einen Ohrenschwindel handelt. Der Mann hat wahrscheinlich durch das Husten oder beim Schnäuzen wiederholte Erschütterungen des Ohres erfahren.

Hill hat den Fall früher behandelt und hat ihn auch als Ohrenschwindel angesehen. Es fiel ihm aber doch auf, dass die Symptome stets im Zusammenhang mit einer laryngealen Reizung oder mit Husten auftraten.

Dundas Grant kann der Annahme eines Ohrenschwindels nicht beipflichten, da nach seiner Erfahrung die Erschütterung durch Inflation des Mittelohres noch niemals Schwindel hervorgerufen hat.

St. Clair Thomson glaubt, dass es sich um Herzanfälle handelt. Der Pat. hat einen kleinen, schnellen und unregelmässigen Puls; auch giebt er an, dass er leicht ohnmächtig wird, wenn er sich bückt, um seine Schuhe zuzumachen.

Lake: Tuberculöse Geschwulst der Regio interarytaenoidea.

Vorstellung eines Falles, der durch Application einer 3proc. Formalinlösung gebessert worden ist.

Waggett: Zwei Fälle von extralaryngealer Cyste.

Vorstellung von zwei jungen Leuten mit Cystenbildungen in der Regio thyrohyoidea. Im einen Falle lag die haselnussgrosse Cyste auf der Membrana thyrohyoidea; im zweiten war eine zum Theil cystische Geschwulst von Wallnussgrösse an der linken Seite des Spatium thyrohyoideum zu constatiren, wo sie nach unten über den Schildknorpelflügel hinab sich erstreckte. In diesem zweiten Falle, glaubt W., handelt es sich um eine cystische Entwickelung in dem pyramidalen Lappen der Schilddrüse.

De Santi ist der Meinung, dass es im Falle 1 sich um eine Kiemencyste handelt.

St. Clair Thomson möchte in Fall 2 eine Pneumatocele diagnosticiren.

Waggett hält die Diagnose auf Pneumatocele für ausgeschlossen. Man kann noch so lange auf die Geschwulst drücken, ohne auch nur die geringste Verkleinerung zu erzielen. Die anscheinende Vergrösserung beim tiefen Inspirium ist bedingt durch venöse Anschwellung.

Scanes Spicer: Multiple Papillome des Kehlkopfes bei einem Kind von $3^1/_2$ Jahren, vollständig entfernt in 3 Sitzungen mittels endolaryngealer Methode unter combinirter Allgemeinnarkose mit localer Cocainisation und ohne Tracheotomie. Resultat: Vollständige Wiederherstellung der Stimme und normaler Athmung.

Das Kind hat seine Stimme im Alter von 7 Monaten nach einer schweren Erkältung verloren. Die Athmung war mühsam, besonders des Nachts. Adenoide und vergrösserte Mandeln vorhanden.



1. Febr. Das Kind, das in Intubationsstellung auf dem Schooss der Wärterin placirt ist, wird von Dr. Hewitt mit Aether und Chloroform narkotisirt. Man sieht eine grosse, blumenkohlartige Geschwulst an der rechten Seite im Larynx, welche den grösseren Theil der Stimmritze überdeckt. Dieselbe wird mit der schneidenden Zange entfernt. Man erkennt jetzt, dass das rechte Stimmband in eine blasse, warzige Geschwulst eingebettet ist. Die linke Seite erscheint gesund.

8. Febr. Die Stimme fehlt noch, die Athmung aber ist ruhig. Narkose wie in der ersten Sitzung; nur wird ausserdem der Kehlkopf durch Application einiger Tropfen einer 20proc. Cocainlösung anästhesirt. Es werden mehrere Stücke der papillomatösen Wucherung entfernt, ausserdem die adenoiden und die Tonsillen.

16. Febr. Narkose und Lokalanästhesie wie am 8. Febr. Nach Abtragung einiger kleiner Geschwulstreste erscheint der Larynx normal.

Ein paar Tage noch bleibt die Stimme ganz fort, trotzdem alle mechanischen Hindernisse jetzt entfernt sind. Dann kehrt sie allmälig wieder; es scheint aber auch jetzt noch eine besondere Anstrengung nöthig zu sein zur Production eines klanghaltigen Tones. Die Stimme hat noch einen rauhen und monotonen Charakter und entbehrt der Biegsamkeit.

Der Fall zeigt von Neuem, dass die Abtragung laryngealer Geschwülste auch bei ganz kleinen Kindern durchführbar ist. Dass die Stimme erst nach einigen Tagen sich wieder einstellte, ist vielleicht durch die Quetschung der Theile bei der Operation zu erklären, oder aber durch die ungeübte und mangelhafte Coordination.

Sir Felix Semon hat das Kind vor der Operation gesehen. Sein Zustand war ein recht schlechter, die Aphonie vollständig und der Stridor sehr laut. Das Resultat ist überaus befriedigend.

William Hill erklärt, dass die Spicer'sche Methode die Frage der Operation bei Kindern von 3—4 Jahren auf eine neue Basis stellt.

Scanes Spicer giebt an, dass die Tumoren unter Leitung des Spiegels abgetragen wurden. Es wurde unmittelbar nach dem Cocain-Spray der Larynx mit einem trockenen Wattebausch ausgetupft, um einen Cocainüberschuss zu vermeiden.

Dundas Grant: Pachydermie des Kehlkopfes, bedingt wahrscheinlich durch chronische Rhinitis.

21jähriger Mann, der an Husten und Rauhigkeit der Stimme leidet. Anfälle von Heiserkeit sind früher schon wiederholt vorgekommen und haben monatelang angehalten. Die Stimmbänder erscheinen trocken und congestionirt; an beiden Stimmfortsätzen ist eine blasse, unregelmässige, kammartige Auflagerung zu sehen, von denen die eine in die andere bei der Phonation sich einzufügen scheint. In der Nase wird Hypertrophie der unteren Muscheln mit schleimig-eitriger Secretion constatirt. Syphilitische Infection oder Ueberanstrengung der Stimme sind anamnestisch nicht nachweisbar.

De Havilland Hall hegt Zweifel, ob der Zustand als Pachydermie zu bezeichnen ist.

Dundas Grant ist der Ansicht, dass es sich um eine epitheliale Hyperplasie handelt.

Dundas Grant: Papillom des Larynx vollständig exstirpirt bei einem älteren Manne.

Der Tumor wurde entfernt, aber von dem Stumpf aus bildete sich eine neue Wucherung. Dieselbe wurde mit alcoholischer Salicylsäurelösung touchirt und von neuem die Zange angewendet. Nach wiederholten Salicylsäureätzungen ist jetzt nur noch eine leichte Unebenheit am Stimmbande zu sehen und die Stimme ist normal.

Dundas Grant: Ein Fall von multiplen Papillomen.

Eine Frau, bei der die Tumoren mit der Zange abgetragen und die Stümpfe mit alcoholischer Salicylsäurelösung behandelt sind. Das Resultat ist gut, nur ist der Gebrauch der Stimme noch mit grossen Schwierigkeiten verknüpft.

Arthur Cheatle: Grosses Gumma der hinteren Rachenwand.

Ein grosser Gummiknoten, im Centrum erweicht, an den Rändern hart, sitzt an der hinteren Rachenwand, von der Wölbung des Nasopharynx bis auf den Larynxeingang hinabreichend. Die Erweichung ist unter dem Gebrauch von Jod und Quecksilber eingetreten.

Spencer: Fixation des linken Stimmbandes mit fibrillären Zuckungen.

Pat., ein 52jähriger Seemann, hat wiederholt an Anfällen von Rheumatismus gelitten. Seit 4 Jahren ist er heiser und aphonisch. Das linke Stimmband ist fixirt; der Aryknorpel vermag keine willkürlichen Bewegungen zu machen; dabei sind fortwährend fibrilläre Bewegungen an dem Stimmband zu sehen.

H. Tilley erinnert an einem Fall von Syringomyelie mit Stimmbandlähmung, bei dem er solche fibrilläre Bewegungen constatirt hat.

Sir Felix Semon weist auf eine frühere Arbeit hin, in der er solche Zuckungen des fixirten Aryknorpels beschrieben hat.

C. A. Parker: Recidivirende Papillome des Larynx.

25jähriger Mann, dessen Kehlkopf in 12 Sitzungen von multiplen Papillomen befreit worden ist. Neue Recidive haben den Larynx jetzt wieder mit Geschwülsten erfüllt.

De Santi: Skiagramm eines Fremdkörpers im Oesophagus.

Röntgenaufnahme eines Kindes, das eine Münze im oberen Theile der Speiseröhre stecken hat. Von Seiten des Halses fehlen alle Symptome; dagegen bestehen Erscheinungen, die auf das Coecum hinweisen. Ernest Waggett.



III. Briefkasten.

William Macneill Whistler †.

Mit aufrichtigem Bedauern bringen wir unseren Lesern die Nachricht von dem am 27. Februar dieses Jahres erfolgten Ableben Dr. W. M. Whistler's, eines der ältesten und angesehensten Londoner Laryngologen. Der Verstorbene, der zur Zeit seines Todes im 63. Lebensjahre stand, hatte seit Jahren an häufigen und schweren Gichtanfällen gelitten und auch sonst viel gekränkelt; die Nachricht von seinem Tode aber kam ganz unerwartet.

Dr. Whistler, dessen aus England stammende Familie nach Amerika übergesiedelt war, wurde im Juli 1836 geboren. Einen Theil seiner Jugend verlebte er in St. Petersburg und eignete sich dort seine ausgedehnten linguistischen Kenntnisse an. Er beherrschte ausser der englischen auch die deutsche, französische und russische Sprache. Nach Amerika zurückgekehrt, studirte er Medicin in Philadelphia, bestand 1860 sein Doctorexamen und diente mit Auszeichnung als Militärarzt während des Bürgerkrieges in der conföderirten Armee. Nach dem Ende des Krieges ging er nach England, bestand dort die Examina für die Mitgliedschaft der Colleges of Surgeons (1871) und Physicians (1876), widmete sich speciell der Laryngologie und wurde als Physician am Hospital for Diseases of the Throat angestellt. Nach langjähriger Thätigkeit an demselben schied er mit der Majorität seiner Collegen in Folge ernster Differenzen mit dem Verwaltungsrath (vgl. Centralblatt Vol. III, p. 32) im Jahre 1886 aus seiner Stellung, und begründete mit den anderen zurückgetretenen Herren im nächsten Jahre ein neues Hospital für Halskrankheiten (Ibid. p. 417), an dem er bis zur Zeit seines Todes als Senior Physician thätig war. Im Jahre 1887 fungirte er als Vorsitzender der Subsection für Halskrankheiten bei der Versammlung der British Medical Association in Dublin (vgl. Centralblatt Vol. III, p. 356 u. 417) und machte bei dieser Gelegenheit den Vorschlag, eine britische laryngologische Gesellschaft zu gründen (Ibid. Vol. IV., p. 237 u. 294). Der Vorschlag wurde angenommen (Ibid. Vol. V, p. 47), jedoch in einer für den Urheber sehr unerwarteten Weise zur Ausführung gebracht, indem bei der Präsidentenwahl der damals eben aus Deutschland zurückgekehrte Sir Morell Mackenzie zum Präsidenten gewählt wurde (Ibid. Vol. V, p. 88). Die Vorgänge bei der Wahl führten zum Rücktritt vieler Mitglieder (Ibid. p. 88, 130, 368), darunter auch des Begründers der Gesellschaft, Dr. Whistler's selbst. — Erst viele Jahre später trat er wieder in die Gesellschaft ein und fungirte ein Jahr lang als ihr Präsident. Er gehörte auch der Londoner laryngologischen Gesellschaft an.

Dr. Whistler war ein braver, herzensguter, ehrlicher Mann. In Erscheinung, Sprache, Bewegungen der directe Gegensatz seines Bruders, des bekannten impressionistischen Malers, James Whistler, dessen brillanter sprühender Witz und Schlagfertigkeit die Bewunderung Jedermanns erwecken, der das Vergnügen hat, mit ihm in Berührung zu kommen, war unser lieber College von einer Langsamkeit und Bedächtigkeit in Allem, was er dachte, sprach und schrieb, die in ihrer Weise ebenso ungewöhnlich war, wie die quecksilberne Beweglichkeit seines berühmten Bruders. Wohl mancher Zuhörer ist bei seinen Ausführungen und Demonstrationen ob ihrer Gründlichkeit und Endlosigkeit in stille Verzweiflung gerathen, aber man konnte ihm nicht böse sein: es war die Natur des Mannes, und seine Liebenswürdigkeit entwaffnete alle Regungen von Ungeduld. Als Schriftsteller ist er — wohl auch in Folge seiner übergeossen Gründlichkeit — wenig hervorgetreten. Seine bekanntesten Arbeiten sind die über Syphilis des Kehlkopfs

und über Operationen bei syphilitischen Kehlkopfstricturen, zu deren Beseitigung er den sehr zweckmässigen schneidenden Dilatator ersann, der seinen Namen trägt. — Bei seinen Londoner Collegen war er sehr beliebt und ein freundliches Andenken bleibt ihm gesichert.

William Marcet †.

Am 4. März starb in Lucor, wohin er sich zur Stärkung seiner geschwächten Gesundheit begeben hatte, in seinem 72. Lebensjahre Dr. William Marcet, F. R. S., einer der Pionire der britischen Laryngologie. Schon im Jahre 1869, also unmittelbar nach den ersten Türck-Czermak'schen Publicationen, hatte er ein Werklein: „Klinische Notizen über Kehlkopfkrankheiten" veröffentlicht: später aber widmete er sich allgemeinen Studien über die Physiologie der Respiration, und der jüngeren Generation der Laryngologen dürfte sein Name wenig bekannt sein.

Neues italienisches Specialjournal.

Soeben ist das erste Heft eines neuen von Prof. Giulio Masini (Genua) redigirten Specialjournals: „Annali di Laringologia ed Otologia, Rinologia e Faringologia (Empoli, Tipografia Traversari) erschienen, dessen Characteristicum darin besteht, dass den in italienischer Sprache veröffentlichten Originalartikeln kurze Auszüge in deutscher, französischer oder englischer Sprache folgen, und dass auch die Verhandlungen der italienischen laryngologischen Gesellschaft in französischer Sprache berichtet werden. Der Gedanke, die Kenntnissnahme der Thätigkeit unserer italienischen Specialcollegen auch denjenigen zu erleichtern, welche mit der italienischen Sprache nicht vertraut sind, ist gewiss ein glücklicher und wir wünschen dem jungen Unternehmen den besten Erfolg.

Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

Resolution der dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

Die dänische oto-laryngologische Gesellschaft hat in ihrer am 20. Januar 1900 abgehaltenen Sitzung folgende Resolution angenommen:

Die Versammlung ist der Ansicht, dass Laryngologie und Otologie bei internationalen Congressen und ähnlichen Anlässen in selbstständigen von einander getrennten Sectionen vertreten sein sollen.

E. Schmiegelow. A. C. Grönbech. V. Saxtorph Stein. Gottlieb Kiaer. V. Saxild. M. P. Buhl. Vald. Klein. Vincent. Schousboe. K. Nörregaard.

Der fünfundneunzigste Geburtstag Manuel Garcia's.

Wie wir soeben erfahren, hat unser Altmeister Manuel Garcia vor wenigen Tagen (am 17. März) seinen 95. Geburtstag in vollster Frische des Geistes und Körpers begangen. Es wird die Leser des Centralblatts gewiss ebenso freuen wie interessiren, zu erfahren, dass Senhor Garcia auch heute noch mit dem ihm eigenen Enthusiasmus seinem Berufe als Gesanglehrer nachgeht!

Möge ihn sein 100. Geburtstag in gleicher Rüstigkeit finden!

---

72. Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte in Aachen 1900.

Abtheilung für Kehlkopfkrankheiten.

Aachen, im Februar 1900.

Hochgeehrter Herr!

Der unterzeichnete Vorstand der Abtheilung für

Kehlkopfkrankheiten

giebt sich die Ehre, die Herren Fachgenossen zu der vom 17. bis 22. September hier stattfindenden Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte ganz ergebenst einzuladen.

Da den allgemeinen Einladungen, die Anfangs Juni zur Versendung gelangen werden, bereits ein vorläufiges Programm der Versammlung beigefügt werden soll, so bitten wir, Vorträge und Demonstrationen spätestens bis Ende April bei einem der Unterzeichneten anmelden zu wollen.

Es liegt in der Absicht der Geschäftsführung, gemäss dem in früheren Versammlungen hervorgetretenen Wunsche, eine oder mehrere Sitzungen mit einer anderen Section, insbesondere mit der otologischen vereint, abzuhalten.

Wir bitten daher, bei Einreichung der Vorträge uns diesbezügliche Wünsche zu äussern.

Gemäss einer mit den Herren Vorsitzenden der wissenschaftlichen Hauptgruppen getroffenen Verabredung soll einstweilen Mittwoch, der 19. September, für gemeinsame Sitzungen jeder der beiden Hauptgruppen freigehalten werden. Die für diese Verhandlungen in Aussicht genommenen Gegenstände wird die Geschäftsführung zur Zeit bekannt geben.

Der Einführende:

Dr. Schmithuisen,
Specialarzt f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh.,
Alexianergraben 18.

Die Schriftführer:

Dr. Dremmen,
Specialarzt f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh.,
Jesuitenstrasse 3.

Dr. Lieven,
Specialarzt f. Hals- u. Nasenkrankh.,
Harscampstrasse 73.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, Mai. 1900. No. 5.

I. Referate.

a. Aeusserer Hals, Parotis, Allgemeines etc.

1) **Braden Kyle. Ansprache des Vorsitzenden, gehalten am 16. Mai 1899 in der Pennsylvania State Medical Society (Section für Laryngologie).** *N. Y. Med. Record. 27. Mai 1899. The Pennsylvania Med. Journal. Juli 1899.*

K. führt aus, dass die Specialisten sich eine mehr allgemein-medicinische Bildung aneignen müssen, sonst bestehe die Gefahr, dass der Specialismus zu einseitig wird. Redner weist dann auf den Werth der Röntgenstrahlen bei Knochenleiden und Fremdkörpern in den oberen Luftwegen hin. Die Kataphorese ist nicht ohne Werth. Nebennierenextract erweist sich nach seinen Erfahrungen als wohlthuend vor und nach nasalen Operationen und bei tuberculöser Laryngitis: das Orthoform hat sich ziemlich als das einzige neue locale Anästheticum bewährt und wird jetzt viel in Anwendung gezogen. Bei der gewöhnlichen Laryngitis tuberculosa wendet Redner Ichthyol an. Den Nutzen des Heilserums bei Ozaena hat er nicht feststellen können. Die Entfernung der Nasenmuscheln war bis vor Kurzem die am meisten übertriebene Operation in der Nasenchirurgie. Redner berichtet schliesslich über 6 Fälle von Luftansammlung im Antrum (Emphysem), bedingt durch cariöse Zähne; dieselben waren von Ozaena begleitet. Die Durchleuchtung der Nebenhöhlen ist ein werthvolles diagnostisches Mittel.

LEFFERTS.

2) **Jonathan Wright. Weiterer kritischer Bericht über die neuere laryngologische und rhinologische Literatur. (Some critical and desultory remarks on recent laryngological and rhinological literature.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Juni 1899.*

Die neueste Fortsetzung der mehrfach von uns erwähnten Aufsätze beschäftigt sich mit der Frage der Tuberculose vom laryngologischen Standpunkt aus.

LEFFERTS.

3) **Körner** (Rostock). **Die grossherzogliche Universitäts-Klinik für Ohren- und Kehlkopfskranke zu Rostock.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 36.*

Am 25. October 1899 ist in Rostock die neue Klinik für Ohren- und Kehlkopfkranke eröffnet worden. In der Eröffnungsrede weist der Director, Professor Körner, mit Stolz darauf hin, dass seine Klinik die vollkommenste ihrer Art in Deutschland ist, ja dass sie in Europa nur von der Moskauer übertroffen wird. Nach einem kurzen Rückblick auf die Entwickelung der wissenschaftlichen Ohrenheilkunde betrachtet Redner das Verhältniss dieser Disciplin zur Rhinologie und zur Laryngologie. In Rostock hätte die historische Entwickelung zur Vereinigung dieser Fächer in einem Lehrauftrag geführt. Ob ihre grundsätzliche Verbindung allgemein wünschenswerth und durchführbar wäre, bliebe abzuwarten, „nothwendig ist sie an sich nicht, denn die Laryngologie kann sich ebensogut an die innere Medicin und an die Chirurgie anschliessen, welche Fächer niemals ohne tüchtige laryngologische Kenntnisse und Fähigkeiten auskommen werden". Immerhin ist damit den Kranken wie der Wissenschaft gedient, denn „ein weiteres Gebiet der Thätigkeit hält den Specialisten frei von Einseitigkeit und schafft ihm ein breites Feld für seinen Thätigkeitsdrang, der, wenn in enge Grenzen gezwängt, leicht zur kleinlichen Wichtigthuerei und zur geist- und herzlosen Routine führt."

Die an die Wiedergabe der Eröffnungsrede sich anschliessende, durch Grundrisse und Totalansicht ergänzte Beschreibung der Klinik rechtfertigt vollauf das ihr gespendete Lob. Wir gratuliren dem verehrten Herrn Director herzlich zu dem wohlgelungenen Werk und sprechen die Ueberzeugung aus, dass es für die übrigen deutschen Hochschulen ein leuchtendes, zur Nacheiferung anregendes Vorbild sein wird.

ZARNIKO.

4) **Baurowicz. Bericht aus der Abtheilung des Prof. Pieniazek in Krakau.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 12. 1899.*

Von Sclerom der oberen Luftwege wurden 89 Fälle beobachtet, davon stammten aus Galizien 78. In 14 Fällen blieben nach Croup leistenförmige Verdickungen der Seitenwände zurück und führten so zu Larynxstenose; Kehlkopfverengerungen nach tertiärer Lues wurden 8 beobachtet. Bei einem Bruche des Ringknorpels wurde am 6. Tage die Tracheotomie nöthig. Von weiteren selteneren Fällen wurden beobachtet: eine Phlegmone peritrachealis bei Masern, ein Fall von Pemphigus der Schleimhäute, 8 Hämatome des Septum, mehrere Fälle von Sarcoma laryngis, 4 Fälle von Krebs der Luftröhre. Die Details sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

5) **Hoppe. Ein Beitrag zur Lehre vom Mumps.** *Münchner med. Wochenschrift. No. 34. 1899.*

H. beobachtete eine epidemische Erkrankung der Submaxillaris, wobei in einigen Fällen die Parotis mitbefallen wurde. Solche Fälle werden von Penzoldt, Soltmann und Henoch und Wertheimber als „submaxillarer Mumps" beschrieben.

SCHECH.

6) **Trouchet. Behandlung der Parotitis. (Treatment of parotitis.)** *Journal Am. Med. Association. 14. October 1899.*

Rp. Tct. Belladonnae,
Tct. Aconit.
Tct. Opii ana 15,0.

M. d. s. Mehrmals täglich mittelst eines Pinsels auf die geschwollene Partie zu appliciren.

Oder: Ichthyol.
Plumb. jodat. ana 0,9,
Ammon. chlorat. 1,8,
Adeps suilli 30,0.

M. d. s. 3mal täglich zu appliciren; darüber eine Schicht Watte.

EMIL MAYER.

7) **Henry J. Walcott. Parotitis im hohen Alter. (Parotitis in old age.)** *Amer. Journal of Med. Sciences. December 1899.*

Der Fall, welcher letal verlief, betrifft eine 99$^1/_2$jährige Person. In der Anamnese ist eine Erkältung angegeben. Sämmtliche Symptome entsprachen einer typischen Parotitis. Die Affection beschränkte sich auf die rechte Seite. Keine Autopsie.

EMIL MAYER.

8) **Mc Intosh. Wahrscheinliches Fortbestehen des Ductus thyro-glossus. (Probable persistence of thyro-glossal duct.)** *Brit. Med. Journal. 6. März 1899.*

21jährige Patientin mit vergrösserter Schilddrüse seit einigen Monaten an einem störenden Ausfluss aus dem Halse leidend, welcher bei Druck auf die Thyroidea zunimmt. Durch Einreibung von Jodoform-Lanolin auf die Drüsengegend wird Heilung erzielt.

ADOLPH BRONNER.

9) **Halter** (Sophienthal). **Ein Fall von Zungenbeinaktinomykose.** Dissertation. Greifswald 1898.

Tilmann fand bei dem 47jährigen Manne, der eine früher schon incidirte Geschwulst in der Zungenbeingegend aufwies und zur Zeit eine Fistelöffnung zeigte, 3 Actinomyces-Herde, den einen hinter dem Zungenbein, einen in der Substanz desselben und einen dritten an der Aussenseite. Heilung.

SEIFERT.

10) **Villani. Influenza. (Influenza.)** *N. Y. Med. Record. 23. Sept. 1899.*

V. behandelte über 400 Fälle mit salzsaurem Phenocol, einer Combination von Phenacetin und Glycocoll. Erwachsene erhielten 2—3 g täglich, Kinder 1 g in Theildosen. Die Temperatur ging danach herunter, der Kopfschmerz verschwand und allmälig wichen auch alle anderen Erscheinungen.

LEFFERTS.

11) **Sargent F. Snow. Nasen- und Ohrencomplicationen bei Influenza-Epidemien. (Nasal and aural complications in epidemic influenza.)** *Journal of the Amer. Med. Assoc. 25. November 1899.*

Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Behandlung acuter Erkrankungen

der Nebenhöhlen nach Influenza. Der Verf. empfiehlt den Gebrauch eines Sprays von 2proc. Cocainlösung, danach einen Spray von Jodol, Menthol und Aether (jedes in der Stärke von 1 : 500); zuletzt folgt ein Spray von flüssigem Vaselin. Die ganze Procedur wird 1 mal täglich und vom Arzte selbst vorgenommen. Der Patient macht sich ausserdem reichliche Insufflationen mit einer alkalisch-antiseptischen Lösung.

EMIL MAYER.

12) **Chauveau. Rapides Verschwinden adenoider Wucherungen nach Influenza. (Rapid disappearance of postnasal adenoids after influenza.)** *American Pract. and News. 15. December 1899.*

Der Verf. hat in 3 Fällen das schnelle Verschwinden von Adenoiden nach einem Influenzaanfall beobachtet und fordert zur Beachtung des Nasopharynx in allen infectiösen Fieberkrankheiten auf.

EMIL MAYER.

13) **J. Paschkowski. Fall von Akromegalie. (Slutschai akromegalii.)** *Wratsch. No. 4. 1900.*

Ausser Händen und Füssen war das Gesicht sehr beträchtlich vergrössert. Die Länge desselben betrug von der Haargrenze auf der Stirne bis zum Kinn 23 cm.

P. HELLAT.

14) **O. Petersen. Behandlung des Lupus nach der Methode von Prof. Finsen. (Letschenie woltschanki po sposobu prof. Finsena.)** *Wratsch. No. 47. 1899.*

P. theilt kurz die Eindrücke mit, die er bei seinem Besuch in Kopenhagen von der Behandlung des Lupus nach Finsen gewonnen hat. Sie sind so günstig, dass P. auch in Petersburg zu dieser Behandlung übergegangen ist. Zunächst wurden nur zwei Patientinnen der Behandlung unterzogen.

P. HELLAT.

15) **G. Betton Massey. Die Behandlung des Krebses durch kataphoretische Diffusion der Oxychlorverbindungen von Quecksilber und Zink. — Massey'sche Methode. (The treatment of cancer by the cataphoric diffusion of the oxychlorides of mercury and zinc. — The Massey method.)** *The Medical Dial. October 1899.*

Verf. beschreibt seine Methode. Er hat mit derselben 8 von 10 operablen und 2 von 16 von inoperablen Fällen geheilt.

EMIL MAYER.

16) **E. Lombard** und **A. Molteni. Eine electrische Bogenlampe zum Laryngoscopiren. (Nota sopia una lampada elettrica ad arco per la laringoscopia.)** *Arch. Ital. di Otol., Rinol. e di Laringol. Vol. IX. p. 233. 1899.*

Beschreibung einer electrischen Bogenlampe, welche bei 110 Volts und 8 Ampère thätig ist. Sie wurde mit Erfolg im Hôpital Lariboisière zu Paris angewendet.

JAMES DONELAN.

17) **Goldschmidt. Ein Instrumentenständer für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 9. 1898.*

Zu haben bei Härtel, Breslau.

SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **N. Rimscha. Nasenpolyp.** Gesellsch. pract. Aerzte zu Riga. *Petersburger med. Wochenschr. No. 43. 1899.*

Demonstration eines grossen Nasenpolypen, dessen untere Hälfte gangränös ist. P. HELLAT.

19) **W. R. Coston. Ein 30 g schwerer, $3^1/_4$ Zoll langer Nasenpolyp, entspringend vom Nasenseptum bei einem 12jährigen Kinde. (A nasal polypus weighing an ounce and $3^1/_4$ inches long, springing from the nasal septum of a child of 12.)** *N. Y. Med. Journal. 5. August 1899.*

Ein Interesse boten folgende Punkte: Die beträchtliche Grösse des Polypen, das Alter und Geschlecht des Patienten (12jähriges Mädchen), das Entspringen vom Nasenseptum und die Beseitigung durch manuelle Abreissung. LEFFERTS.

20) **M. Breitung** (Coburg). **Schwerer gefahrdrohender Collaps nach der Operation von Nasenpolypen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 22. 1899.*

Patient ein hoher Fünfziger, Arteriosclerose, Herzaction unregelmässig. Entfernung von 15 grösseren Polypen ohne Cocainisirung. Nach circa 30 Minuten, während der Entfernung des letzten grösseren Polypen, trat Collaps ein. Künstliche Athmung durch $^3/_4$ Stunden und dann Cognak. B. empfiehlt in solchen Fällen sofortige und lange Zeit zu vollführende künstliche Athmung. CHIARI.

21) **Sendziak. Aussergewöhnlicher Fall von Fibrom der Nase. (Extraordinary case of fibroma of the nose.)** *Amer. Journal Med. Sciences. Juli 1899.*

Eine beträchtliche Geschwulstmasse wurde nach vielen Versuchen mit der kalten Schlinge entfernt, wobei sich eine grosse Quantität von seröser Flüssigkeit entleerte. Verf. nimmt an, dass die Bildung der Cyste im sarcomatösen Gewebe wahrscheinlich das Resultat des durch die wiederholten Operationen bedingten Reizes gewesen ist. EMIL MAYER.

22) **J. Cisneros** (Madrid). **Cysten der Nasenhöhlen. (Quistes nasales.)** *La Oto-Rino-Laringol. Espan. No. 16. 1899.*

Bericht über 4 vom Verf. beobachtete Fälle von Nasencysten. R. BOTEY.

23) **J. Pérez M. Caro** (Madrid). **Ein weiterer Fall von Nasencyste. (Un caso más de quiste nasal.)** *La Oto-Rino-Laringol. Espan. No. 18. 1899.*

Die Cyste sass an der inneren unteren Fläche des rechten Nasenflügels und erschwerte die Nasenathmung. Behandlung mittelst Punction und Injection von Jod-Jodkalilösung. R. BOTEY.

24) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Cystom der unteren Muschel bei einem 15jährigen Mädchen. (Cystoma of the inferior turbinated in a girl aged 15 years.)** *Australasian Med. Gazette. 20. December 1899.*

Die Geschwulst entsprang vom hinteren Drittel der linken unteren Muschel

und hing in den Nasopharynx hinab, der zum grösseren Theil davon ausgefüllt war.

A. J. BRADY.

25) **Coomes. Grosse vasculäre Tumoren der Nase und des Pharynx. (Large vascular tumors of the nose and pharynx.)** *The Medical Standard. Juli 1899.*

Bereits referirt.

EMIL MAYER.

26) **Tschlenow** (Warschau). **Eine blutende Geschwulst der Nase.** *Klin. therap. Wochenschr. No. 30. 1899.*

Der Tumor wurde klinisch als Sarcom diagnosticirt, histologisch stellte sich seine Gutartigkeit (?) heraus. Es bestand Nekrose der Nasenknochen. T. möchte in Ermangelung sonstiger Erscheinungen Lues ausschliessen.

CHIARI.

27) **G. Martuscelli. Ein Angioma simplex der Nasenhöhle. (Angioma semplice della fossa nasale.)** *Arch. Ital. di Laringologia. April 1899.*

Der in der rechten Nasenhöhle eines 13jährigen Knaben sitzende Tumor von auffallend dunkelrother Farbe wurde mit der kalten Schlinge entfernt und zeigte sich bei der histologischen Untersuchung fast ganz aus Blutgefässen bestehend, zwischen welchen ein bald weiches, bald festes Bindegewebe mit theilweiser kleinzelliger Infiltration angeordnet war.

FINDER.

28) **Harmer** (Wien). **Schilddrüsenmetastasen in der Nasenhöhle.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 23. 1899.*

Es handelte sich um ein Carcinom der Schilddrüse mit einer Metastase an der Schädelbasis mit Affection der Augenmuskel- und Sehnerven und mit Durchbruch in die Nasenhöhle. Als Ausgangspunkt ist mit grösster Wahrscheinlichkeit die Keilbeinhöhle anzunehmen. Bezüglich des Weges der Metastasirung nimmt H. das Uebergreifen der Neubildung auf die Venen mit Embolie an. Besonders aufmerksam wird auch auf das Auftreten von Basedow-Symptomen gemacht. Die Diagnose wurde histologisch gestellt.

CHIARI.

29) **Pluder** (Hamburg). **Fibrosarcom der rechten Nase und des Nasenrachens. Electrolyse.** *Deutsche med. Wochenschr. 1899. Vereinsbeil. 42.*

26jähriger Patient, dem vor 3 Jahren nach temporärer Oberkieferresection ein mächtiger, die rechte Nase, die Kieferhöhle und den Nasenrachen ausfüllender Tumor (Fibrosarcom) entfernt war. Nach 1 Jahr Recidiv, fast ebenso gross wie der ursprüngliche Tumor. Pl. zerstörte die Geschwulst mit der Electrolyse (40 bis 50 bis 100 M.-A.) innerhalb $^3/_4$ Jahren. Seit $1^1/_2$ Jahren kein Recidiv.

ZARNIKO.

30) **A. R. Baker. Adenosarcom des Nasenseptum. (Adeno-sarcoma of the nasal septum.)** *Laryngoscope. October 1899.*

Wird in den Verhandlungen der 50. Versammlung der American Medical Association (Section für Laryngologie) Juni 1899 referirt werden.

EMIL MAYER.

31) **Boudin** (Lyon). **Nasenhöhlensarcom. (Sarcome des fosses nasales.)** *Soc. des Sciences méd. de Lyon. Januar 1899.*

Der 65jährige Patient leidet seit zwei Jahren an Nasenverstopfung und Ausfluss eines serös-schleimigen, nicht putriden Secrets. Seit 6 Wochen Nasenbluten, rechtsseitiger Exophthalmus und Sichtbarwerden eines Tumors an der Nasenwurzel, der auf den Sinus frontalis und den Pharynx übergriff. Die von Jaboulay ausgeführte Operation bestand in einer kreuzförmigen Incision an der Nasenwurzel, Trepanation des Sinus frontalis, der ganz von der Neubildung ausgefüllt war, und in einer totalen Ausschälung des Tumors sammt seinen nasalen und pharyngealen Fortsätzen. Die Heilung erfolgte ohne Störung, jedoch mit einem fast completen Schwund des Sehvermögens am rechten Auge.

PAUL RAUGÉ.

32) **Kanasugi** (Tokio). **Sarcom in der Nasenhöhle.** *Chugai Ijishimpo. Februar 1899.*

Eine weiche blutende Geschwulst im linken mittleren Nasengange bei einer 50jährigen Frau, mit gleichseitigem Exophthalmus und Schmerzhaftigkeit der Keil- und Siebbeinhöhle. Die klinische Diagnose wird durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt.

OKADA.

33) **A. S. Marthin. Primäres polymorphes Sarcom der Nase mit allgemeiner metastatischer Sarcomatose. (A primary polymorphous-cell sarcoma of the nose, with universal metastasis.)** *N. Y. Med. Journal. 24. Juni 1899.*

Der Fall betrifft einen 39jährigen Mann, bei dem keine Operation ausgeführt wurde. Pat. starb 18 Monate nach dem ersten Erscheinen der Neubildung. Besonders interessant waren die weit verbreiteten Metastasen.

LEFFERTS.

34) **Thos. J. Harris. Fünf Fälle von primärem Nasensarcom. (Primary sarcoma of the nose with a report of five cases.)** *Phil. Monthly Med. Journal. Juni 1899. Journal Amer. Med. Assoc. August 1899.*

Drei der mitgetheilten Fälle betrafen Männer, zwei Frauen. Das Alter schwankte zwischen 27 und 59 Jahren. Als Frühsymptome stellten sich Nasenblutungen und -Verstopfung ein. Die mikroskopische Untersuchung ergab je ein Adeno- und Myxosarcom, ein aus kleinen Rundzellen bestehendes und zwei Spindelzellensarcome. Ein wichtiges ätiologisches Moment für die verschiedensten Arten des Nasensarcoms sollen Degenerationen der Nasenpolypen abgeben. Ihren Ursprung nehmen sie am häufigsten vom knorpligen Theil des Septum.

EMIL MAYER.

35) **M. D. Lederman. Endotheliales Nasensarcom. (A case of endothelial sarcoma of the nose.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Casuistische Mittheilung.

EMIL MAYER.

36) **Giulio Martuscelli. Die prognostische Bedeutung einiger Nasensarcome. (Significato pronostico di alcuni sarcomi nasali.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. Juli 1898.*

Verf. hat beobachtet, dass die Sarcome in der Nasenhöhle sich von denen

anderer Körperregionen häufig durch einen viel gutartigeren Verlauf und geringere Neigung zu Recidiven unterscheiden. Als Grund hierfür glaubt er annehmen zu dürfen, dass jene Tumoren infolge langsamer Transformation aus den gewöhnlichen Nasenpolypen entstehen; ferner hat ihn die genaue histologische Untersuchung gelehrt, dass diese durch ihr verhältnissmässig gutartiges Verhalten ausgezeichneten Sarcome in der That eigentlich Endotheliome sind, d. h. Tumoren, deren Ursprung von dem Endothel der Lymphgefässe oder Blutcapillaren sich genau verfolgen lässt. Daneben kommen natürlich in der Nase auch Sarcome im eigentlichen Sinne vor, die sich durch ihr rapides Wachsthum, ihr Uebergreifen auf die Knochen und ihren letalen Verlauf als solche kennzeichnen. FINDER.

37) **M. L. Heidingsfeld. Nasenepitheliom. (Epithelioma of nose.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. Juli 1899.*

Eine kurze casuistische Mittheilung. EMIL MAYER.

38) **Bronner. Tubulöses Nasenepitheliom. (Tubular epithelioma of the nose.)** *American Journal Med. Sciences. Juli 1899.*

Die Geschwulst wurde vor 10 Jahren beseitigt. Kein Recidiv.

EMIL MAYER.

39) **E. Eliot jr. Epitheliom der Nasenflügel. Resultat der Exstirpation. (Epithelioma of the alae nasi. Result of exstirpation.)** *Annals of Surgery. Juli 1899.*

Der nach Beseitigung des Gewächses entstandene Defect wurde durch eine plastische Operation corrigirt. Hierbei wurde ein dem anliegenden Wangengewebe entnommener Lappen verwendet. EMIL MAYER.

40) **Albert H. Freiberg. Ein Fall von Epitheliom des linken Nasenflügels. (A case of epithelioma of the left ala nasi.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 21. October 1899.*

Die Ueberschrift erklärt den Inhalt. EMIL MAYER.

41) **Pozzi** (Paris). **Rhinoplastik bei Nasenepitheliom. (Autoplastie pour épithéliome du nez.)** *Société de Chirurgie. Mai 1899.*

Der durch Abtragen der Neubildung entstandene Defect wird durch einen umgeschlagenen Frontallappen ausgeglichen. PAUL RAUGE.

42) **E. W. Day. Zwei Fälle von maligner Geschwulst mit Betheiligung der Nase. (Two cases of malignant growth involving the nares.)** *Philad. Med. Journal. 17. Juni 1899.*

Im ersten Falle wurde der Oberkiefer excidirt und ein in den Rachen hineinragender stark eigrosser Tumor entfernt. Die Geschwulst war wahrscheinlich ein Sarcom, doch fehlt die mikroskopische Untersuchung. Die Heilung erfolgte rasch und ohne Zwischenfall. — Der zweite Fall betraf einen Mann mit schwerem, nicht stillbarem Nasenbluten. Es wurde das Antrum eröffnet und eine Quantität Eiter, sowie ein kleineigrosser Tumor von carcinomatösem Bau entfernt. Der

Kranke starb 10 Tage später an eitriger Meningitis. In beiden Fällen wurde nicht tracheotomirt, sondern in der Narkose am hängenden Kopfe operirt.

EMIL MAYER.

43) **Jonathan Wright. Maligne Erkrankungen der Nase und des Halses. (Malignant disease of nose and throat.)** *Journal American Medical Association. 8. Juli 1899.*

Der ungewöhnliche Verlauf bösartiger Tumoren, welche ohne Operation in Heilung übergehen, zwingt uns zu der Annahme, dass der mikroskopische Befund sich in manchen Fällen nicht vereinbaren lässt mit der jetzt allgemein üblichen Deutung bestimmter Arten von Zellgewebswucherungen.

Adenom der Nase ist selten und hat eine sehr grosse Tendenz, später bösartig zu werden. Spindelzellen-Endotheliome und Angiosarcome des Nasenseptum haben oft einen gutartigen Verlauf und recidiviren nicht. Soweit der klinische Verlauf, die Prognose und Therapie in Betracht kommen, ist es von geringem Werth, ob wir es mit einem Adenosarcom oder Adenocarcinom zu thun haben. Kleine Rundzellensarcome der Fauces sind gewöhnlich inoperabel. Aus dem Larynx soll man möglichst grosse Partien entfernen, und falls die mikroskopische Untersuchung der Theile eine maligne Neubildung feststellen lässt, ist die Radicaloperation auszuführen.

Carcinom der Kehlkopftaschen kann den darunter liegenden Knorpel infiltrirt und zerstört haben und sich direct in das peri-laryngeale Gewebe fortpflanzen, ohne im Kehlkopfspiegel oder bei der äusseren Palpation Anhaltspunkte zu geben, welche die Ausdehnung der Erkrankung verrathen. Pachydermia verrucosa laryngis zeigt häufig ein recht buntes histologisches Bild, welches Epitheliomen ähnlich sieht.

Es ist geradezu unmöglich die differentialdiagnostischen Momente der malignen Erkrankungen des Larynx im Initialstadium erschöpfend aufzuzählen, da jeder Fall seine besondere Combination von Symptomen aufweist. EMIL MAYER

44) **Róna** (Budapest). **Ueber Rhinosclerom.** *Archiv f. Dermat. 49. Bd. 1899.*

An der Hand von 16 Fällen von Rhinosclerom sucht R. die Verbreitungsverhältnisse dieser Krankheit in Ungarn festzustellen. Entsprechend der Anschauung, dass Rhinosclerom en miniature gerade so eine endemische Krankheit ist wie die Lepra, zeigt sich aus den Zusammenstellungen von R. über die muthmassliche Ausbreitung in Ungarn, dass dieses Land den vierten Platz unter den Staaten in Bezug auf das Vorkommen des Rhinoscleroms einnimmt und demnach ein Rhinosclerongebiet darstellt.

SEIFERT.

45) **Bunzl-Federn** (Prag). **Sclerom der oberen Luftwege.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 10. Februar 1899. *Prager medicin. Wochenschrift. No. 13. 1899.*

Es handelt sich um einen Fall von Rhino-Laryngo-Trachealsclerom mit bacteriologisch und mikroskopisch positivem Befund, der mit Curettage und Intubation behandelt wurde. — Wölfler macht in der Discussion darauf aufmerksam, dass besonders die slavische Rasse für diese Erkrankung disponirt erscheine.

CHIARI.



46) **Joseph A. White. Augenstörungen infolge von Erkrankungen des Nasenrachenraums und der Ohren. (Eye troubles attributable to naso-pharyngeal and aural disturbances.)** *Journal Amer. Med. Assoc 11. November 1899.*

Die Erkrankung wird vom Nasenrachenraum auf die Augen übertragen durch directes Fortkriechen der Bacterien längs des Thränencanals, durch mechanische Verstopfung des Ductus nasalis am unteren Ende oder in seinem Verlaufe, durch Fortpflanzung auf dem Wege der Blut- und Lymphgefässe, durch toxische Producte oder endlich reflectorisch durch Vermittlung der Nerven. EMIL MAYER.

47) **Paul Gallois. Die rheumatische Angina und die Hypothese des naso-pharyngealen Ursprungs des Rheumatismus. (L'angine rhumatismale et l'hypothèse d'une origine naso-pharyngienne du rhumatisme.)** *Bulletin médical. 11. Januar 1899.*

Es besteht eine gewisse Neigung, in der Angina der Rheumatiker nicht eine erste Aeusserung des Rheumatismus zu erblicken, sondern eine gewöhnliche Angina, die jedoch auf irgend eine Weise dem specifischen oder nicht-specifischen Erreger des acuten Gelenkrheumatismus den Eintritt eröffnet.

G. nun nimmt an, dass die chronischen Affectionen des Nasenrachenraums, die bei jungen Kindern so gewöhnlich sind, in Bezug auf die Secundärinfectionen dieselben Gefahren bieten, wie die acuten Anginen. Und fast bei allen Kindern mit Nephritis oder Herzaffection, die er beobachtete, konnte er adenoide Vegetationen constatiren. Es wäre von Interesse, die Rheumatiker daraufhin zu untersuchen, ob sie chronische Störungen im Nasenrachen haben. PAUL RAUGÉ.

48) **Gaston. Behandlung der Rhinopharyngitis bei kleinen Kindern. (For rhinopharyngitis in young children.)** *N. Y. Med. News. 21. Januar 1899. Journ. Am. Med. Assoc. 2. September 1899.*

G. empfiehlt 3- oder 4mal täglich spitz zusammengerollte Wattetampons mit Borvaselin in die Nase einzuführen; es kann ein Adstringens hinzugefügt werden, etwa:

Antipyrin 0,48—0,96
Ac. borici 0,36
Vaselin 18,75.

Ist das Kind sehr ungeberdig, so dass die Einführung der Tampons nicht gelingt, so instillire man in jedes Nasenloch Morgens und Abends 1 oder 2 Tropfen folgender Mischung:

Menthol 0,48
Ol. amygdal. dulc. 3,75.

Scheint directe Behandlung des Pharynx erforderlich, so pinsele man denselben mit Jod in Glycerin (zu gleichen Theilen) oder mit

Jodi 0,36
Kalii jodati 1,8
Ol. Menth. piper. gtt. 4.
Glycerin 18,75. LEFFERTS



49) **Redact. Notiz. Gegen Nasenrachenraumentzündung. (For rhinopharyngitis.)** *Dunglison's College and Clinical Record. 15. Mai 1899.*

Rp. Antipyrin 0,5
Petrolatum 24,0
Acid. boric. 4,0.
S. In die Nasenhöhle einzuführen.

Rp. Menthol 0,2
Ol. Olivae 16,0.
S. In die Nase einzuträufeln.

Rp. Aristol
Lactose ana 4,0
Alumin. aceto-tartar. 4,0.
S. In die Nase einzublasen.

EMIL MAYER.

50) **R. R. Stawell** (Melbourne Victoria). **Chronische Verdauungsstörungen bei Kindern. (Chronic intestinal indegestions in children.)** *Intercolonial Medical Journal of Australasia. 20. Juni 1899.*

Verf. hat constatirt, dass diese Störungen häufig verbunden sind mit einer ausgesprochenen Nasopharyngitis, mit Ansammlung von schleimig-eitrigem Secret an der hinteren Pharynxwand und mit adenoiden Vegetationen. Damit die Behandlung der intestinalen Störungen schnell zum Ziele führt, ist es nothwendig, dass die Vegetationen entfernt werden.

A. T. BRADY.

51) **E. Audat. Rhinopharyngitis bei Kindern. (Rhino-pharyngitis in children.)** *Laryngoscope. Juli 1899.*

Adenoide Vegetationen sind häufiger die Folge als die Ursache dieses Leidens. Die Affection ist ernst wegen ihrer Hartnäckigkeit und der Complicationen, welche sich trotz aller Sorgfalt entwickeln können.

EMIL MAYER.

52) **L. Krilitschewski. Vergrösserung der Milz in Folge von chronischem Nasenrachencatarrh. (Uwelitschenie selesenki na potsche satjashnowo wospolenija nosoglototschnawo prostranstwa.)** *Wratsch. No. 34. 1899.*

Es bestanden Fieberbewegungen. Daher hat die Milzvergrösserung nichts Auffälliges.

P. HELLAT.

53) **T. J. Harris. Chronische Pharyngitis und Nasopharyngitis; ihre Aetiologie und ihre nicht-locale Behandlung. (Chronic pharyngitis and naso-pharyngitis. Etiology and treatment, other than local.)** *Post Graduate (N. Y.). März 1899.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

54) **A. Jacobi. Chronischer Nasenrachencatarrh. (Chronic naso-pharyngeal catarrh.)** *Philadelphia Medical Journal. 11. März 1899.*

In Fällen von chronischem Nasenrachencatarrh mit vergrösserten Drüsen am Halse empfiehlt Verf. 2—3 mal täglich Irrigation der Nase mit warmem Salzwasser,

wenn die Kinder grösser sind, auch Gurgelungen. Ein Zusatz von 10 pCt. Alaun ist oft nützlich. Die Behandlung kann Jahre hindurch erforderlich sein. Ein Spray von Argent. nitric.-Lösung 1 : 500 oder 1000 ist angebracht, wenn Erosionen da sind. Verf. sah Nutzen von Tct. Pimpinellae Saxifragae bei subacuter und chronischer Pharyngitis und Laryngitis; die Dosis ist 2 g in Glycerin und Wasser für Erwachsene, für Kinder entsprechend kleiner.

EMIL MAYER.

55) **G. F. Hawley. Chronischer Nasenrachencatarrh. (Chronic post-nasal catarrh.)** *The Chicago Clinic. December 1899.*

Verf. führt ein Sprayrohr durch die Nase bis in den Nasenrachenraum und erreicht damit eine vollkommene Reinigung des letzteren. Er rühmt seine Behandlungsresultate.

EMIL MAYER.

56) **D. Braden Kyle. Sypbilis des Nasenrachenraums. (Syphilis of the nasopharynx.)**

57) **E. B. Gleason. Dasselbe.** *Philad. Med. Journal. 11. März 1899.*

Vorstellung je eines Falles. Nichts Besonderes.

EMIL MAYER.

58) **P. S. Donnellan. Ein Fall von hereditärer Syphilis des Nasenrachenraums zur Zeit der Pubertät. (A case of hereditary syphilis of the naso-pharynx at puberty.)** *North Americ. Med. Review. März 1899. Journal Eye, Ear and Throat Diseases. April 1899.*

Nicht wenige Fälle dieser Art werden als Lupus oder Eczem behandelt.

EMIL MAYER.

59) **G. A. Fischer** (Adelaide S. Australia). **Fall von Fremdkörper im Nasenrachenraum. (Case of foreign body in the nasopharynx.)** *Australasian Med. Gazette. 20. Februar 1899.*

45jährige Frau. Der Fremdkörper erwies sich als eine schilfartige Faser. Eine ähnliche war unterhalb der rechten unteren Muschel gelegen und entfernt worden. Die Anamnese ergab, dass vor 15 Monaten ein Laminariastift in den Thränencanal eingelegt worden war. Von diesem konnte nur ein Theil entfernt werden und es wurde der Versuch gemacht, den Rest in die Nase zu stossen.

A. J. BRADY.

60) **H. S. Birkett. Fremdkörper im Nasenrachenraum seit 18 Jahren. (Foreign body in the nasopharynx for eighteen years.)** *Montreal Med. Journal. Juni 1899.*

Der Fremdkörper, der in Narkose entfernt wurde, erwies sich als ein gewöhnlicher Fingerhut, der mit Salzen inkrustirt war. Er hatte mit seiner Längsfläche quer im Rachen gelegen, den Eingang der Eustachischen Tube verdeckend.

EMIL MAYER.

61) **Max Thorner. Ein Nasenrachenraumpolyp von enormer Grösse. (A nasopharyngeal polypus of enormous size.)** *N. Y. Med. News. 21. Januar 1899.*

Der längste Durchmesser des Tumors betrug $2^3/_4$ Zoll, die Dicke $1^3/_8$ Zoll, das Gewicht ca. 35 g. Th. konnte einen Fall von Tumor des Nasopharynx von ähnlicher Grösse in der Literatur nicht finden.

LEFFERTS.

62) **Max Thorner. Nasenrachenraumpolypen von enormer Grösse. (Naso-pharyngeal polypi of enormous size.)** *Laryngoscope. April 1899.*

Der Polyp, der mit der hinter dem Gaumen nach oben geführten kalten Schlinge en masse entfernt wurde, wog 50 g.

EMIL MAYER.

63) **W. Moore** (Melbourne). **Ein Fall von Nasenrachenraumgeschwulst exstirpirt nach osteoplastischer Resection des Oberkiefers. (Case of nasopharyngeal tumour. Removal after osteo-plastic resection of upper jaw.)** *Intercolonial Medical Journal. 20. März 1899.*

Pat. war ein Knabe von 14 Jahren. Es wurde zuerst die Carotis externa unterbunden und eine hohe Tracheotomie gemacht; dann wurde der Oberkiefer resecirt und die Geschwulst, die vom Keilbeinkörper ausging, exstirpirt, zugleich mit einer dünnen Schicht des Knochens. Der Kiefer wurde nun replacirt und genäht. Der Tumor erwies sich als ein Fibroid. Der Pat. genas.

A. J. BRADY.

64) **T. Gibb Wishart. Nasenrachenpolyp. (Naso-pharyngeal polypus.)** *Journ. of the American Med. Association. 2. December 1899.*

Muco-fibröser Polyp von $3^1/_2$ Zoll Länge unter Chloroformnarkose entfernt bei einem 8jährigen Knaben. Demonstration des Tumors und Vorstellung des Patienten.

EMIL MAYER.

65) **F. Rueda** (Madrid). **Ein einfaches Verfahren zur Exstirpation der Nasenrachenpolypen. (Un procedimiento sencillo para la extraccion de los polipos naso-faringeos.)** *Revist. de Medic. y Cirug. pract. No. 5. August 1899.*

Das von R. angegebene Verfahren betrifft die Anwendung einer Seiden- und Platinschlinge, ist leicht ausführbar und belästigt kaum den Patienten. Es ist für alle Grössen von Polypen anwendbar und verhütet auch eine Hämorrhagie.

R. BOTEY.

66) **P. Naab. Die chirurgische Behandlung der Nasenrachenfibrome.** Aus der Heidelberger chirurg. Klinik. *Beitr. z. klin. Chir. XXII. 1898.*

Mittheilung von 11 Fällen, die Czerny operirt hat. Sie kommen ausschliesslich im jugendlichen Alter (10—25 Jahren) und fast immer bei männlichen Patienten vor; sie gehen meist von dem Bindegewebe einer Wand des Nasenrachens aus. Gewöhnlich zeigen sie eine breite Basis; später können sie secundäre Verwachsungen eingehen.

Sie machen Blutungen, treiben das Gesicht in der Nasenwangengegend auf, verursachen Exophthalmus, Strabismus, fötiden Nasenausfluss, Kopfschmerzen, Athem- und Schlingbeschwerden. Sie können, obwohl sie pathologisch-anatomisch benigne Tumoren darstellen, sarcomatös degeneriren und die Prognose trüben; klinisch muss man ihnen freilich auch ohne die Degeneration eine gewisse Malignität zusprechen. Es müssen immer erst wiederholte Versuche gemacht werden, die Geschwulst per vias naturales zu entfernen; zeigt ein excidirtes Stück eine sarcomatöse Entartung, lässt die Blutung sich nicht beherrschen, ist das Wachsthum sehr stark oder treten Hirnerscheinungen hinzu, so muss man unverzüglich

zur Radicaloperation auf künstlich geschaffenem Wege (Oberkieferresection event. in Verbindung mit temporärer Resection der Nase) schreiten. A. ROSENBERG.

67) **Preindlsberger** (Serajewo). **Chirurgisch casuistische Mittheilungen. Zwei Fälle von Nasenrachenfibromen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 10. 1899.*

P. bespricht zunächst die verschiedenen Behandlungsmethoden der Tumoren des Nasenrachenraums und zählt drei Arten der Entfernung dieser Tumoren auf:

1. die Entfernung der Geschwulst per vias naturales,
2. die Entfernung der Geschwulst nach einer vorbereitenden Operation vom Munde oder vom Gesicht aus,
3. die Ausführung der zweiten Methode nach präliminarer Tracheotomie oder Unterbindung der Carotis externa.

Nach genauer Erörterung der Vortheile und Nachtheile der einzelnen Methoden, namentlich der verschiedenen Angaben bezüglich der temporären Oberkieferresection, finden sich zwei Krankengeschichten mitgetheilt, aus denen hervorgeht, dass P. als vorbereitende Operation die temporäre Resection des Oberkiefers nach v. Langenbeck ausführte, sich jedoch in einem Falle nicht streng an die von Langenbeck angegebene Reihenfolge der Operationsacte hielt, indem er die Durchtrennung des Oberkiefers über den Alveolarfortsätzen als letzten Act des vorbereitenden Theiles der Operation ausführte und zwar mit Rücksicht auf die Möglichkeit einer rascheren Blutstillung. Präliminare Tracheotomie und die präliminare Unterbindung der Lingualis hält P. für äusserst selten nöthig.

CHIARI.

68) **Hopmann. Weiterer Beitrag zur Operation der harten Schädelbasisfibrome ohne präliminare Operation; nebst Bemerkungen über gewisse Sprachstörungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1899.*

H. spricht sich nochmals gegen die Spaltung des Velum als Voroperation aus und betont die Möglichkeit, selbst umfangreiche Recidive harter Basisfibrome ohne Voreingriffe auszurotten. Sodann wird die Kranken- und Operationsgeschichte eines von ihm behandelten 11jährigen Knaben mitgetheilt. Derselbe war durch Blutungen und mangelhafte Ernährung sehr herabgekommen; der Tumor füllte den ganzen Nasenrachenraum und die Nase aus und war durch das Velum ein grosser Tumor in die Mundhöhle hineingewachsen. Die Nachbehandlung bestand in Ausfüllung der zu einer grossen Höhle vereinigten Nasenhälften mit Verbandmullstreifen, um die Secrete aufzusaugen, flüssig zu erhalten und fortzuschaffen und endlich auch noch um die Deglutition zu erleichtern und die Sprache zu verbessern, was auch sofort gelang. SCHECH.

69) **Hirschl** (Wien). **Carcinoma cylindromatosum.** Verein für Psychiatrie und Neurologie, Sitzung vom 21. Februar 1899. *Wiener klinische Wochenschrift. No. 10. 1899.*

Demonstration eines histologischen Präparates. Die Untersuchung ergab, dass es sich um ein Carc. cylindrom. handelt, das von den Schleimdrüsen des Schlundgewebes ausgehend sich in die mittlere, dann in die hintere und vordere Schädelgrube ausgebreitet hat. CHIARI

c. Mundrachenhöhle.

70) **Fritz Danziger** (Beuthen O./S.). **Die Missbildungen des Gaumens und ihr Zusammenhang mit Nase, Auge und Ohr.** Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1900.

Die Untersuchungen des Verf.'s über die Missbildungen der Kiefer und ihre Ursachen haben ihn zu Ergebnissen geführt, die den bis dahin ausgesprochenen in vielen Punkten widersprechen. — Er behandelt 1. die abnorme Höhe des Gaumens. Hierbei muss die Lage der Raphe berücksichtigt werden, und man hat nicht einfach von einem „hohen Gaumen", sondern von einem „seitwärts geschobenen, erhöhten und gedrehten Gaumen" zu sprechen. Durch schematische Zeichnungen beweist Verf., dass die mit einem difformirten Gaumen verbundenen Septumanomalien sich nach einfachen mechanischen Gesetzen hieraus ableiten lassen. 2. Der Alveolarbogen ist beim abnormen Gaumen länger als in der Norm, die eine Seite übertrifft die andere an Länge und Breite, der vordere Theil des Gaumens ist nach der Seite ausgebogen und der Gaumenbogen ist V-förmig gestaltet. 3. Abnormitäten der Zahnstellung sind nicht hervorgerufen durch Platzmangel, sondern durch dieselben mechanischen Ursachen, die die Gaumendifformität bedingen: die Zahnkeime werden zugleich mit dem Knochen aus ihrer Richtung verdrängt und gedreht. Diese Verhältnisse werden zum Theil durch schematische Zeichnungen, zum Theil durch eine Anzahl wohlgelungener Photogramme veranschaulicht.

Als Ursache der Gaumenverbildung ist die Mundathmung nicht anzusehen. Verf. spricht sich vielmehr unter Berufung auf pathologische und anthropologische Ermittelungen dahin aus, dass die Kieferverbildung nur eine Theilerscheinung allgemeiner Schädelverbildung ist, vorzugsweise bedingt durch abnorme Kürze der Distanz zwischen Nasenbeinansatz und Hinterhauptsloch. Nicht also ist die Mundathmung Ursache der Gaumenverbildung, sondern die Gaumenverbildung und die sie begleitende Engigkeit von Nasenrachen und Nasenhöhlen erleichtert das Zustandekommen der Mundathmung.

Weitere eingehende Betrachtungen sind dem Zusammenhange der Gaumenverbildungen mit Astigmatismus, Strabismus, Retinitis pigmentosa und mit Taubstummheit gewidmet. Sie lassen sich in einem Referat nicht annähernd verständlich machen, sollten hier aber angeführt sein, um anzudeuten, von wie weiten Gesichtspunkten Verf. sein Thema behandelt, wie er von den verschiedensten Seiten herantretend überall neue und interessante Lichter aufzusetzen versteht. Durch diese Betrachtungsweise hat sich Verf. ein grosses Verdienst erworben, das nicht geschmälert werden wird, wenn sich vielleicht später diese oder jene Schlussfolgerung als zu weitgehend erweisen sollte.

Wir können das Studium des interessanten Buches den Fachgenossen warm empfehlen.

ZARNIKO.

71) **Gutzmann** (Berlin). **Zur Behandlung des angeborenen Gaumendefectes.** *Deutsche Aerzte-Zeitung. 10. 1899.*

Die Anlegung eines Obturators lässt G. immer nur dann anwenden, wenn

die Patienten sich weigern, die Operation an sich vornehmen zu lassen oder die Angehörigen Einsprache dagegen erheben oder wenn der Defect so gross ist, dass seine operative Schliessung mit nachfolgender richtiger sprachlicher Function von vornherein aussichtslos erscheint. Demgegenüber bietet die Operation grosse Vorzüge, sie soll zu einer Zeit ausgeführt werden, dass die sich an die Operation anschliessende sprachliche Behandlung vollständig beendet ist, wenn der Patient 6 Jahre alt und damit schulpflichtig wird. SEIFERT.

72) **Broeckaert. Ueber die Aetiologie von gewissen congenitalen Anomalien des Gaumensegels. Analyse. (Sur l'etiologie de certaines anomalies congénitales du Voile du Palais; Analyse.)** *Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. Juni 1899.*

Der Autor bespricht die congenitalen Dehiscenzen der Gaumenbögen und citirt diesbezüglich 5 Fälle, welche zu beobachten er Gelegenheit hatte. Er betrachtet dieselben als Resultat einer „Aplasie", eines Bildungsfehlers, beruhend wahrscheinlich auf einer „Gefässverletzung", „einer primitiven Ernährungsstörung". BAYER.

73) **Weiss** (Wien). **Linksseitige Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, rechtsseitige Gaumenspalte.** K. k. Gesellsch. d. Aerzte, Sitzung vom 3. Februar 1899. *Wien. klin. Wochenschr. No. 6. 1899.*

W. will mit diesem Falle nur die schon bekannte Aetiologie der Gesichtsspalten durch die sogen. Simonart'schen Ligamente streifen. CHIARI.

74) **Ch. Philippe. Bemerkungen über einen Fall von Uranostaphylorrhaphie. Heilung. (Note sur un cas d'urano-staphylorrhaphie; guérison.)** *Annales de la Soc. Méd. Chir. de Liége. No. 18. 1899.*

Congenitale Fissur des weichen Gaumens bis an den harten Gaumen in der Höhe der ersten kleinen Backenzähne sich erstreckend. Operation. Nichts Besonderes. BAYER.

75) **Tandler** (Wien). **Zur Entwickelungsgeschichte des Uranoschisma.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 7. 1899.*

T. führt mehrere Gründe an, welche darthun, dass die Pharynxtonsille weder für den totalen, noch für den partiellen Gaumendefect ein ätiologisches Moment abzugeben im Stande ist. CHIARI.

76) **Wolff. Gaumenspalten-Operationen. (Cleft palate operations.)** *University Medical Magazine. November 1899.*

Von 66 Kindern im Alter von weniger als 1 Jahr wurden 45 durch die Operation geheilt. Bei 14 war das Resultat unvollständig oder die Fäden rissen aus. Bei 7 war der Ausgang ein unglücklicher. Verf. operirt die Hasenscharte wenige Tage nach der Geburt. Die Gaumenspalte wird geschlossen in 3 Sitzungen mit je 7—8 Tagen Zwischenraum. In der ersten Sitzung wird rechts ein Schleimhaut-Periostallappen abgelöst, in der zweiten Sitzung ein eben solcher links, in der dritten werden die Nähte gelegt und beide Lappen vereinigt. Verf. rühmt die vortrefflichen Resultate, die er auf diese Weise erzielt. EMIL MAYER.

77) **Stewart L. Mc Curdy. Einige Details der Gaumenspaltenoperationen. (Detail in cleft palate operations.)** *Journal of the American Medical Association. 28. October 1899.*

Beschreibung der gewöhnlichen Operationen, deren Technik Verf. einige kleine Verbesserungen zugefügt hat. EMIL MAYER.

78) **James F. Mc Kernon. Beitrag zur Technik der modernen Uranoplastik. (A contribution to the technique of modern uranoplasty.)** *Laryngoscope. December 1899.*

Verf. führt zuerst die Tracheotomie aus, und tamponirt den Pharynx mit steriler Gaze. Die Narkose wird durch die Trachealcanüle unterhalten. Zum Anfrischen der Ränder des weichen und harten Gaumens zieht Verf. die Scheere vor, deren Schnitt eine glatte Oberfläche hinterlässt. Dann führt er einen Bogenschnitt am Rande des harten Gaumens bis auf den Knochen und hebt das Periost auf. Tiefe Silbernähte sind vorzuziehen und erst nach mehreren Wochen zu entfernen. Der Mund wird mit steriler Gaze ausgestopft. Die Trachealcanüle wird nach etwa 12 Tagen herausgenommen und die Wunde zum Verheilen gebracht. In 7 Fällen erzielte Verf. complete Heilung. EMIL MAYER.

79) **Partsch. Eine neue Methode zur temporären Resection des Gaumens. (A new method of temporarily resecting the palate.)** *Boston Med. and Surgical Journal. 30. November 1899.*

P. beschreibt die Technik der Operation, die dazu dient, nasopharyngeale Tumoren, welche von der Schädelbasis ausgehen, leichter zugänglich zu machen.

EMIL MAYER.

80) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Gaumenplatte mit Obturator für den Nasenrachenraum. (Palate plate with obturator for the nasopharynx.)** *Australasian Med. Gazette. 20. December 1899.*

Der Apparat ist bestimmt, eine narbige Contractur nach postscarlatinöser Ulceration zu verhüten. A. J. BRADY.

81) **Baumgarten** (Budapest). **Ein bisher nicht beschriebenes Geschwür des harten Gaumens.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 9. 1899.*

So leicht auch meist die Diagnose der Gaumengeschwüre ist, so schwer kann sie sein, wie ein in extenso mitgetheilter Fall Baumgarten's beweist; da das Geschwür — Patient ist ein 17jähriger Mann — bei Berührung mit kalter und warmer Sonde nicht empfindlich war und Lupus, Lues, Tuberculose ausgeschlossen werden konnten, so hält B. dasselbe für ein neuroparalytisches. SCHECH.

82) **Barbier** (Paris). **Tuberculöse Perforation des Gaumensegels. (Perforation tuberculaire du voile du palais.)** *Société méd. des Hôpitaux. 20. Jan. 1899.*

Der Fall betrifft einen Pat., bei welchem sich im Anschluss an Influenza ein Substanzverlust der rechten Tonsille und des vorderen Gaumenbogens derselben Seite zeigte.

Trotz einer 19tägigen specifischen Behandlung machte die Krankheit grosse Fortschritte und es bildete sich eine Perforation des weichen Gaumens aus. Die bacteriologische Untersuchung ergab Tuberkelbacillen.

PAUL RAUGÉ.

83) **M. Sänger** (Magdeburg). **Perverse Action des Gaumensegels.** *Wiener klin. Rundschau. No. 32. 1899.*

Es wurde in drei Fällen ohne Vorhandensein eines organischen Hindernisses bei der Bildung von M, N und Ng das Gaumensegel nicht gesenkt, sondern gehoben. Als ätiologisch bemerkenswerth giebt S. nur an, dass alle drei Fälle anämische und stark neurasthenische Personen waren. Um diese fehlerhafte Angewöhnung — wie S. die Erscheinung nennt — zu beseitigen, müssen entsprechende schulmässige Uebungen in der Aussprache genannter Laute vorgenommen werden.

CHIARI.

84) **Kawahara** (Japan). **Rythmische clonische Krämpfe des Velum mit objectiv hörbaren Geräuschen.** *Verhandlung. d. central-medicin. Gesellschaft in Japan. No. 26/27. 1898.*

Ein anämischer, nervöser Lehrer bemerkte seit 2 Jahren beim Strecken und Beugen der Halswirbel eigenthümliche Geräusche im Halse. Verf. constatirte bei ihm ganz rythmisch auftretende Contractionen des Gaumensegels, 90—105 in der Minute; sie sind subjectiv und objectiv hörbar und ähneln einem dumpfen Zähneknirschen.

OKADA.

85) **Richmond Mc Kinney. Papillom des weichen Gaumens. (A case of papilloma of the soft palate.)** *Memphis Lancet. October 1899.*

Casuistische Mittheilung.

EMIL MAYER.

86) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Grosses gestieltes Papillom des Gaumensegels. (Large pedunculated papilloma of the velum palati.)** *Austral. Medical Gazette. 20. December 1899.*

Der Fall betrifft einen Knaben von 12 Jahren.

A. J. BRADY.

87) **Broeckaert. Bemerkungen über einen Fall von Melanosarcom des Gaumensegels. (Notes sur un cas de sarcome mélanique du voile du palais.)** *Annal. de la Soc. de Méd. de Gand. 3. Januar 1899.*

Cfr. Bericht über die Belgische oto-laryngol. Gesellschaft in Brüssel 1899.

BAYER.

88) **Broeckaert** (Gent). **Ueber das Melanosarcom des Gaumensegels. (Sur le sarcome mélanique du voile du palais.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 28. 1899.*

Cfr. Bericht über die Sitzung vom 4. Juni 1899 der belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft in Brüssel.

BAYER.

89) **Walker Downie** und **Lennox Browne. Primäres Epitheliom der Uvula und des weichen Gaumens. (Primary epithelioma of the uvula and soft palate.)** *N. Y. Med. Record. 11. November 1899.*

Ein Fall von epithelialem Carcinom der Uvula ist von Downie in der

Januarnummer (1899) des Scottish Medical and Surgical Journal publicirt worden. Im Märzheft dieser Zeitschrift berichtet Browne über einen zweiten derartigen Fall und fügt noch einen dritten nicht minder seltenen hinzu, in welchem das Epitheliom sich bis zum weichen Gaumen erstreckte, ohne die Uvula oder Tonsille in Mitleidenschaft zu ziehen. Es schien kein rechter Grund dafür vorzuliegen, dass die genannten Theile von der malignen Neubildung verschont blieben, doch sind solche Fälle, wenn auch in sehr geringer Zahl, bereits verzeichnet worden. Der Patient mit Epitheliom der Uvula wurde einer Operation unterworfen, überlebte sie jedoch nur 19 Monate. Verf. erläutert den Fall durch einige mikroskopische Zeichnungen. Der zweite Patient, ein 52jähriger Mann, verspürte erst vor zwei Monaten Schluckbeschwerden. Die Untersuchung ergab ein kleines warziges Gewächs am freien Rande des linken vorderen Gaumenbogens. Ein Stück wurde entfernt und bestätigte die Diagnose, doch wollte Patient seine Einwilligung zur Operation nicht geben.

LEFFERTS.

90) **L. Ajello. Ein Federhalter für die Uvula. (Portallacio per l'ugolo.)** *Arch. Ital. di Laringologia. April 1899.*

Ein Instrument, um das Umlegen eines Unterbindungsfadens um den blutenden Stumpf der Uvula nach Uvulotomien zu erleichtern.

FINDER.

91) **Goudrand** (Lyon). **Der Passavant'sche Rachenwulst. (Bourrelet pharyngien de Passavant.)** *Société des Sciences méd. de Lyon. Mai 1899.*

Es handelt sich um einen Fall, in dem eine operative, zwecks Entfernung eines Adenoms ausgeführte Incision des Gaumensegels den Passavant'schen Wulst deutlich zu sehen gestattete.

In der Ruhe bemerkte man an der Grenze vom Mund- zum Nasenrachen eine im Halbbogen von der einen Tube zur anderen verlaufende Falte, welche weit vorsprang, wenn der Patient „a" phonirte, d. h. den Constrictor pharyngis superior contrahirte. Man weiss, welche Rolle nach Passavant dieser Falte beim Verschluss des Isthmus nasopharyngealis zukommt. Ihm zufolge wird die Hebung des Gaumensegels durch das Zusammentreffen des Pharynxwulstes begrenzt und der Verschluss kommt zu Stande durch Anlehnung der hinteren Fläche des Gaumensegels an die untere Fläche des Wulstes.

PAUL RAUGÉ.

92) **Escat** (Toulouse). **Behandlung der Hämorrhagien des Pharynx. (Traitement des hémorrhagiés du pharynx.)** *Arch. méd. de Toulouse. 19. September 1899.*

Als Quelle der Hämorrhagien sind im Pharynx drei grosse Herde zu beachten, welche mit den drei Etagen dieser Höhle correspondiren. Es sind das: erstens der naso-pharyngeale, zweitens der oro-pharyngeale und drittens der laryngo-pharyngeale Abschnitt.

Die Behandlung der Blutungen der naso-pharyngealen Etage besteht in Tamponade mit einem cylindrischen Wattebausch oder steriler Gaze, die vorher in eine 10proc. Wasserstoffsuperoxydlösung getaucht wird.

Unter den Hämorrhagien der oro-pharyngealen Partie ist die nach der Tonsillotomie eintretende die häufigste. In Fällen, in denen heisse Mundausspü-

lungen (45^0) zu nichts führen, ist die Compression mit einem Wattetampon indicirt, welcher mit einer Pincette oder zwischen Mittel- und Zeigefinger gefasst wird. Am besten eignet sich hierfür die Hatin'sche Pincette. Man kann auch die Cauterisation, sei es mit dem Thermo- oder Galvanocauter, vornehmen. Eine vorzügliche Methode ist die Verschlussnaht vom vorderen zum hinteren Gaumenbogen. Im äussersten Falle kann man zur Unterbindung der Carotis seine Zuflucht nehmen.

Die bedrohlichen Blutungen des laryngo-pharyngealen Theiles sind Folgeerscheinungen chirurgischer Operationen. Handelt es sich um einen nicht tracheotomirten Patienten, so ist nach Verf.'s Rathschlag Folgendes zu thun:

1. Man sichert die Athmung durch den Tubageapparat nach Doyen.
2. Man führt die Nahrung durch eine Gummisonde ein, welche in den Oesophagus gebracht wird.
3. Man tamponirt den Pharynx um beide Sonden herum.

E. J. MOURE.

93) **Geo. S. Harnden. Epidemisches Eruptionsfieber mit Pharyngitis. (Epidemic eruptive fever with pharyngitis.)** *Medical Progress. Juli 1899.*

Verf. sah über 100 Fälle einer exanthematisch-fieberhaften Krankheit, bei der ein Erythem im Rachen das hervorstechendste Symptom war. Zwei von diesen Fällen waren sehr ernsthaft, einer starb.

EMIL MAYER.

94) **L. Vervaeck. Beitrag zum Studium der Grippeerscheinungen des Rachens; über die submucöse Hämorrhagie des Zäpfchens. (Contribution à l'étude des manifestations grippales de l'arrière-gorge; de l'hémorrhagie sous-muqueuse de la luette.)** *Journ. Méd. No. 14. 1899.*

Die eine Reihe von Halserscheinungen bei Influenza ist nach dem Autor charakterisirt durch heftigen localisirten, einseitigen Schmerz beim Schlucken: immer findet intensive Röthung des vorderen Gaumenbogens ohne Mandelanschwellung statt; selten ist die Läsion zweiseitig.

Bei der anderen Gruppe ist der Hauptsitz auf die Uvula beschränkt: dieselbe ist geröthet, voluminös, ödematös; verbunden mit Deglutationsbeschwerden und Husten in der Rückenlage. Manchmal beobachtet man eine submucöse Hämorrhagie, welche V. hintereinander in 4 Fällen constatiren konnte. Dieselbe trat jedesmal in der Periode der Reconvalescenz auf. Bei einem 5. Fall trat in der Nachperiode eine leichte Nasenblutung bei einem Kranken auf, welcher alle subjectiven Charaktere einer Zäpfchenhämorrhagie dargeboten hatte. Die Zäpfchenhämorrhagie beginnt meist brüsk, und nur in einem Falle war sie einige Tage einem Rachencatarrh ohne Mandellocalisation vorausgegangen.

BAYER.

95) **Lefferts. Gegen acute Pharyngitis. (For acute pharyngitis.)** *N. Y. Med. News. 2. December 1899.*

1. Rp. Kali chlorici 0,9
Ol. menth. piper. gtt. 2,0
Extr. Krameriae 0,9
Extr. Glycyrrh. 10,0.
Mf. trochisci No. XXX.
DS. 2stündlich 1 Plätzchen.



2. Rp. Ammon. chlorati 1,80
Pulv. ipecac. 0,12
Pulv. capsici 0,03
Extr. Glycyrrh. 7,50.
Mf. trochisci No. XX.
DS. 2stündlich 1 Plätzchen.

LEFFERTS.

96) **John O. Mc Reynolds. Chronisch recidivirende membranöse Pharyngitis. (Chronic recurrent membranous pharyngitis.)** *Journal of the American Med. Assoc. 2. December 1899.*

Krankengeschichte eines Falles, bei dem eine weisse Membran im Rachen und am weichen Gaumen auftrat, nach 2 Tagen durch Exfoliation verschwand und jedesmal, sobald die Behandlung aussetzte, wieder erschien. Die mikroskopische Untersuchung ergab Streptokokken und Staphylokokken. (Ref. hat den Fall selbst gesehen und wird später über seine bakteriologischen Befunde bei demselben ausführlich berichten.)

EMIL MAYER.

97) **Lyon. Gegen Pharyngitis granulosa. (For granular pharyngitis.)** *Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. October 1899.*

Rp. Resorcini 4,0
Glycerini 15,0
Aquae 150,0.
MDS. zum Gurgeln.

EMIL MAYER.

98) **Seymour Oppenheimer. Die Wirkung gewisser Beschäftigungen auf den Pharynx. (The effects of certain occupations on the pharynx.)** *N. Y. Med. Record. 4. November 1899. N. Y. Med. News. 11. November 1899.*

Die Arbeit gründet sich auf die Untersuchung von 50 Fällen. Dieselben bieten den gemeinsamen Typus einer Pharyngitis granulosa und Congestion des Larynx bei Rednern. Das Alter der Patienten hat als solches keine Beziehungen zur Entwickelung catarrhalischer Affectionen der Larynxschleimhaut, aber es ergiebt sich aus der Anamnese der Fälle doch die Thatsache, das, je jünger die Person zur Zeit der Aufnahme eines derartigen Berufes war, desto grösser die Empfänglichkeit für die schädlichen Wirkungen desselben ist. Das Einathmen von Staub und Chemikalien ist das wichtigste Reizmoment. Die so erzeugten Veränderungen bestehen in acuter Hyperämie und Entzündung und die daraus resultirende Pharyngitis unterscheidet sich in nichts von der gewöhnlichen Form. Diejenigen, welche schon vor Aufnahme ihres Berufs an Pharyngitis gelitten haben, werden früher und in einem viel stärkeren Grade durch den Reiz, welcher in ihrer speciellen Beschäftigung liegt, geschädigt.

LEFFERTS.

99) **Seymour Oppenheimer. Die Wirkung gewisser Beschäftigungen auf den Pharynx. (The effect of certain occupations on the pharynx.)** *N. Y. Medical Record. 16. December 1899.*

1. Die Pharynxschleimhaut der Mühlenarbeiter unter 20 Jahren ist für ungünstige Einflüsse empfänglicher als die älterer Individuen.

2. Das Einathmen von Staub, Fasern und chemischen Agentien ist ein überaus wichtiger Factor.

3. Die Mehrzahl der Industriearbeiter ist mit Rachenaffectionen behaftet, welche bis zu einem gewissen Grade von der Art der Beschäftigung abhängig sind.

4. Bei solchen Patienten, die bereits vor Aufnahme dieser Beschäftigung an Pharyngitis gelitten haben, werden die krankhaften Veränderungen durch die Arbeit gesteigert.

5. Die primären Rachenveränderungen bestehen in einer acuten Hyperämie und Entzündung. Die chronischen Veränderungen sind das Endresultat.

6. Die Pharyngitis, welche zum Theil oder ausschliesslich durch die Beschäftigung herbeigeführt ist, unterscheidet sich in nichts von den gewöhnlichen Formen.

7. Wenn die Nasenräume annähernd normal sind, pflegen die Rachenaffectionen viel seltener aufzutreten, als im umgekehrten Falle.

8. Hygienische Maassnahmen, welche in der Umgebung der Arbeiter getroffen werden, sind von sehr wohlthätiger Wirkung, insofern sie den Allgemeinzustand heben und dadurch auch den oberen Respirationstractus widerstandsfähiger machen.

9. Die Localbehandlung ist von grossem Nutzen.

LEFFERTS.

100) **E. O. Sisson. Parasitäre Affectionen des Rachens. (Parasitic affections of the pharynx.)** *Laryngoscope. September 1899.*

Der Verf. giebt eine literarische Uebersicht über dies Gebiet, ohne über eigene Erfahrungen zu berichten.

EMIL MAYER.

101) **Marcel Natier** (Paris). **Zwei Fälle von benigner Mycosis des Rachens. (Deux cas de mycosis bénin de l'arrière-gorge.)** *France méd. 16. Juni 1899.*

Im Anschluss an 2 von ihm beobachtete Fälle giebt Verf. eine Beschreibung dieser Affection und empfiehlt therapeutisch die Ausreissung der Pfröpfe mit nachfolgender galvanocaustischer Aetzung.

PAUL RAUGÉ.

102) **Marfan. Der heisse Retropharyngealabscess. (L'abscès chaud rétro-pharyngien.)** *Bulletin méd. 27. December 1899.*

Eine klinische Vorlesung; nichts Neues.

A. CARTAZ.

103) **James R. Arneill. Pharynxabscess. (Abscess of the pharynx.)** *Americ. Journal of Med. Sciences. Juli 1899.*

Der Fall war als Tetanus diagnosticirt. Die Heilung trat nach der Incision ein.

EMIL MAYER.

104) **Ernst Haas. Zur Operation der Retropharyngealabscesse.** Aus der Tübinger chirurg. Klinik von Prof. v. Bruns. *Beitr. z. klin. Chirurgie. XXII. 1898.*

Veröffentlichung eines Falles, der von aussen hinter dem Kopfnicker eröffnet worden ist.

Diese Methode ist nach Verf.'s Meinung im Allgemeinen allen anderen bisher beschriebenen vorzuziehen.

Die Incision von aussen verdient den Vorzug vor der vom Munde aus, weil sie den Schutz der aseptischen Wundbehandlung nebst freier Secretentleerung durch Drainage u. s. w. gewährt.

A. ROSENBERG.

105) **H. de Stella. Ueber die schmerzhafte Dysphagie des Rachens als diagnostisches Zeichen der Syphilis in ihren 3 Perioden. (De la dysphagie douloureux de l'arrière-gorge comme signe permettant de diagnostiquer la syphilis aux trois périodes.)** *La Belgique Méd. No. 15. 1899.*

Der Autor will hauptsächlich die Aufmerksamkeit der Aerzte auf ein Mittel hinweisen, um die Syphilis in ihren drei Perioden leicht diagnosticiren zu können, nämlich auf die verlängerte schmerzhafte Dysphagie, welche gewisse essentielle Merkmale annehme.

Er beschreibt die Dysphagie der 1., 2. und 3. Syphilisperiode mit Anführung von Fällen und empfiehlt zum Schluss, mit einer specifischen Behandlung bei Fällen von prolongirter Dysphagie nicht zu zögern.

BAYER.

106) **Schech. Ueber maligne Rachengeschwülste.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 10. 1899.*

In der laryngologischen Section der 71. Versammlung der Naturforscher und Aerzte gegebenes Referat über 17 Fälle eigener Beobachtung, 14 primärer, 3 secundärer. 4 Sarcome sassen im Nasenrachenraum, 2 Sarcome und 1 Carcinom an der Gaumenmandel, 3 Carcinome auf der Hinterwand, 2 im Hypopharynx.

Autoreferat.

107) **Faure. Chirurgische Behandlung der Carcinome des Rachens. (Traitement chirurgical des cancers de l'arrière-gorge.)** *Bulletin de Laryngol. Juni 1899.*

Die Carcinome des Pharynx sind einem chirurgischen Eingriff zugänglich, und die Operation ist gerechtfertigt. Es ist leicht, dieselben vollständig zu entfernen, vorausgesetzt, dass man zuerst die Tracheotomie oder die Larynxintubation voranschickt und eine definitive Resection des aufsteigenden Astes des Unterkiefers ausführt. Diese Resection gewährt ein sehr grosses Terrain, so dass man selbst die ausgedehntesten Operationen ohne Schwierigkeit vollbringen kann.

Diese allerdings sehr ernsten Operationen werden zweifellos bessere Resultate geben, wenn man dafür sorgt, dass die Wunde weit offen bleibt und öfters mit Wasserstoffsuperoxydlösung bespült wird.

E. J. MOURE.

d. Diphtheritis und Croup.

108) **Joh. Seitz** (Zürich). **Diphtheriebacillen in einem Panaritium.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 21. 1899.*

Interessanter Bericht über den Fall eines Knaben, welcher in ganz gesundem Zustande unwissentlich Diphtheriebacillen im Rachen beherbergt und durch die

Gewohnheit, an den Fingernägeln und den kleinen Hautablösungen um diese herum zu nagen, sich Ende Juli ein diphtheritisches Panaritium zuzieht. In der Familie des Knaben keine Diphtherie bis dahin; auch keine positiven Befunde in den Wischpräparaten der einzelnen Familienglieder. Etwas später erkrankt ein Bruder, welcher seit Mitte April von Hause abwesend und ohne jegliche Familienverbindung geblieben ist, an echter Diphtheritis der Halsorgane.

S. fragt sich, ob der Löffler-Klebs'sche Bacillus nicht wie die Strepto-, Staphylo- und Pneumokokken ein beständiger, nur weit gefährlicherer Gast der Mundhöhle sei, der Jahre lang beherbergt werden könne und nur unter besonderen localen und allgemeinen Bedingungen sich vermehre und schädlich werde.

JONQUIÈRE.

109) **J. Schabad. Ueber den gleichzeitigen Verlauf der Scarlatina und Diphtherie. (O sowmestnom tetschenii skarlatini i difterii.)** *Ruski Archiv path. Februar 1899.*

S. untersuchte 214 Scarlatinafälle bacteriologisch und fand unter 116 Fällen mit Pseudomembranen in 11 Fällen und unter 33 Fällen von lacunärer Angina in 2 Fällen den Löfflerbacillus. Von diesen 13 mit Symbiose an Diphtherie und Scarlatina behafteten Kindern starben 8.

P. HELLAT.

110) **Bruck** (Berlin). **Ueber einen eigenartigen Fall von postdiphtheritischer Narbenbildung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 31. 1899.*

32jähr. Pat. mit Totaldefect des rechten hinteren Gaumenbogens, ausgedehnter Narbenbildung im Nasenrachen, die zu fast völligem Verschluss der beiden Choanen und zu partieller Verwachsung zwischen Gaumen und hinterer Rachenwand geführt hatte; Atrophie der Rachenschleimhaut, Laryngitis chronica, Nasenpolypen, Tubenverschluss rechts.

Als Ursache des ganzen Processes glaubt Verf. eine Diphtherie ansehen zu müssen, die der Pat. mit 3 Jahren überstanden hat.

ZARNIKO.

111) **T. C. Shaw. Diphtherie. (Diphtheria.)** *The Texas Medical News. Juli 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

112) **F. E. Batten. Pathologie der diphtherischen Lähmungen. (Pathology of diphtheritic paralysis.)** *Trans. Path. Soc. of London. 1899. British Medical Journal. 6. Mai 1899.*

In fünf ad exitum gelangten Fällen von Diphtherie, welche mit Lähmungen combinirt waren, untersuchte Verf. die Nerven nach Nissl, Marchi und Pal. In 4 Fällen fand er die charakteristischen Veränderungen in den Nerven vor, im 5. jedoch blieben sie trotz 80tägiger Krankheitsdauer ganz aus. Zweimal waren die Vorderhornzellen mitbetroffen; in dem einen beschränkte sich die Affection nur auf eine einzige Zelle, während der zweite Fall nicht ohne Weiteres für maassgebend gelten kann, da die Autopsie erst spät ausgeführt wurde.

Der Autor constatirt, dass die vorherrschende Läsion in einer parenchymatösen Degeneration der Myelinscheiden ihren Ausdruck findet. Es ist wohl sicher,

dass ein Gift, wie das diphtheritische, auf das ganze Neuron einwirken muss; nichtsdestoweniger findet sich die Wirkung am deutlichsten ausgeprägt in den Nerven und nicht in den Nervenzellen.

ERNEST WAGGETT.

113) **G. Gabritschewski. Ueber prophylactische Maassregeln im Kampfe gegen die Diphtherie. (O predochronitelnich merach borbi s difteriei.)** *Ruski Arch. path. Mai 1899.*

G. weist an der Hand statistischer Angaben nach, dass die Zahl der Erkrankungen an Diphtherie in den letzten Jahren an einzelnen Orten sich vervierfacht hat. In Petersburg kamen 1886 859 Fälle vor, in den Jahren 1895--1898 im Durchschnitt 4889 Fälle. Es starben von 1886—1894 durchschnittlich 408,6, von 1895—1898 aber 1184,5. Eine Zunahme, wenn auch keine so starke, ist überall constatirt worden.

G. schliesst daraus, dass weder die Serumbehandlung, noch die prophylactische Anwendung desselben genügend ist, um die Diphtherie einzuschränken.

Die einzige rationelle Art, die Bevölkerung vor Massenerkrankungen zu schützen, besteht in der mikroskopischen Untersuchung aller mit Diphtherie in Berührung gekommenen Personen, in Isolirung und antibacterieller Behandlung der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle aller derer, bei denen Bacterien gefunden werden.

Zur Illustration seiner Argumentation führt G. die Geschichte eines Asyles vor, in dem die Diphtherie trotz mehrfacher Desinfection der ganzen Anstalt nicht wich, bevor nicht alle Insassen untersucht und alle diejenigen, bei welchen Diphtheriebacterien im Rachen nachweisbar waren, entfernt wurden.

P. HELLAT.

114) **Eurico Gagnoni. Ueber drei schwere durch endovenöse Seruminjectionen geheilte Fälle von Diphtherie. (Di tre gravi casi di difterite guariti con l'iniezione nelle vene di siero antidifterico.)** *Gazzetta degli ospedali e delle clin. 16. Juli 1899.*

In einem der drei Fälle trat eine ziemlich schwere, aber bald vorübergehende Albuminurie auf.

FINDER.

115) **St. Serkowski. Die Serumtherapie bei Diphtherie. (O stosowania surowicy przeciwbtoniczej „na wszelki wypadek".)** *Nowiny lekarskie. No. 8, 9. 1899.*

Verf. bekämpft die heute allgemein gebräuchliche Anwendung des Serums zu prophylactischen Zwecken, sowie die Anwendung der Serumtherapie bei nicht ganz sicher diagnosticirten Fällen von Diphtherie. Das Antitoxin, ein ausgezeichnetes Mittel bei genau bacteriologisch constatirten Diphtherieerkrankungen, soll nach Verf. von zweifelhafter Wirkung in Mischformen und streng contraindicirt als Prophylacticum bei Gesunden sein, bei welchen sehr oft gefährliche Nebenerscheinungen danach entstehen.

A. v. SOKOLOWSKI.

116) **Gantkowski. Die Serumtherapie bei Diphtherie. (O stosowania surowicy przeciwbtoniczej „na wszelki wypadek".)** *Nowiny lekarskie. No. 11. 1899.*

Gantkowski befürwortet die Ansichten von Serkowski.

A. v. SOKOLOWSKI.



117) **Korschun. Ueber die Bereitung des Antidiphtherieserums auf der bakteriologischen Station der Charkow'schen medicinischen Gesellschaft von 1895 bis 1899. (O prigotowlenii protiwo difterinoi siworotki na bakteriolog. stanzii Charkowskawo med. obschtschestwa s 1895—1899.)** *Rusk. Archiv. Oktober-November 1899.*

K. setzt zunächst die Thätigkeit des Vereins auseinander. Dass dieselbe eine bedeutende ist, ergiebt sich schon aus dem Umsatz (60000 Rbl. jährlich). Das Serum wird gegenwärtig von 40 Pferden bezogen. Die Quantität des gelieferten Serums belief sich im Jahre 1896 auf 59235000 Einh. Die Immunisirung der Pferde beginnt mit geringen Dosen.

Die weiteren Ausführungen des Artikels sind für ein Referat nicht geeignet.

P. HELLAT.

118) **Edwin L. Morgan. Antitoxin in der Behandlung der Diphtherie. (Antitoxine in the treatment of diphtheria.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. Juli 1899.*

Im Anschluss an die Seruminjectionen wurden Sublimat, Eisentinctur, Kali chloricum und Wasser innerlich verabreicht. EMIL MAYER.

119) **L. D. Yudd. Mittheilungen über weitere Erfahrungen mit Calomel bei Diphtherie. (Remarks based upon a further experience with calomel in diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 22. Juli 1899.*

Vor 2 Jahren machte Verf. eine Mittheilung über Calomel als Heilmittel gegen Diphtherie. Er erwähnte den Fall einer 55jährigen 200 Pfund schweren Patientin, die eine maligne Form von Diphtherie darbot. Nachdem 21,0g Calomel verabreicht worden waren (stündlich 0,6 g), trat bei derselben rapide und vollständige Genesung ein. Verf. glaubt jetzt auf Grund seiner weiteren Erfahrungen, dass kleinere, öfters gereichte Mengen in der Mehrzahl der Fälle eine specifische Wirkung auszuüben vermögen. LEFFERTS.

120) **L. A. Nippert. Diagnose und Therapie der Diphtherie. (Diagnosis and therapeutics of diphtheria.)** *The Medical Dial. Juli 1899.*

Verf. empfiehlt das Serum, mit dem er unter 58 Fällen 57 Heilungen erzielt hat. EMIL MAYER.

121) **D. B. Wiggins. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Medical Brief. August 1899.*

Verf. hat kein Vertrauen zum Serum und glaubt weder an den bacillären Ursprung, noch an die Contagiosität der Krankheit. EMIL MAYER.

122) **J. C. Roberts. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Medical Brief. August 1899.*

Verf. ist gegen das Serum. EMIL MAYER.

123) **Joseph Mullen. Die Serumtherapie und die chirurgische Behandlung der diphtherischen Laryngitis. (The antitoxic and surgical treatment of diphtheritic laryngitis.)** *Southwestern Med. Record. August 1899.*

Eine Zusammenstellung der bekannten Thatsachen. EMIL MAYER.



124) **C. C. Furley. Diphtheritis und Intubation. (Diphtheria and intubation.)** *The Kansas City Medical Index-Lancet. Juli 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

125) **Trumpp** (München). **Die unblutige operative Behandlung von Larynxstenosen mittelst der Intubation.** Wien. Franz Deuticke. 1900.

Aus der alle Verhältnisse der Intubation berücksichtigenden Monographie ist von ganz besonderem Interesse das Resultat der von T. im Sommer 1899 angestellten Sammelforschung über die ausserklinische Intubation. Die statistischen Daten zeigen die bisher ungeahnt grosse Verbreitung, welche die Hausintubation auch in Europa schon gefunden hat, ferner den erstaunlich hohen Procentsatz von Heilungen und schliesslich die geringe Zahl von Unglücksfällen. T. spricht die Ueberzeugung aus, dass die Intubation bei der operativen Behandlung von Larynxstenosen in (hoffentlich nicht allzu ferner) Zukunft auch in der Privatpraxis ganz allgemein die erste Rolle spielen wird. SEIFERT.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

126) **Ad. Valentin** (Bern). **Zur Mechanik des Hustens.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 9. S. 457. 1899.*

V. hat sich durch Experimente am Thiere und Beobachtung des Hustenvorganges beim Menschen überzeugt, dass die alte Anschauung vom Gesprengtwerden der Stimmritze durch den Luftdruck des Hustenstosses unhaltbar ist. Der normale Hustenact verläuft nach ihm in folgender Weise: „Auf eine meist tiefe und rasche Einathmung mit Abduction der Stimmlippen folgt eine kräftige Adduction derselben, ein starkes Zusammenpressen und Schliessen der Stimmritze. Gleichzeitig wird in steigender Weise durch Anspannen der gesammten Exspirationsmusculatur der Thorax zusammengepresst, der Unterkiefer in leichte Oeffnungsstellung gebracht und auch der Mund mehr oder weniger geöffnet, die Zunge gespitzt und meist etwas vorgestreckt, das Gaumensegel gehoben.

Dann erfolgt unter lautem Tönen der eigentliche Hustenstoss. Bei demselben wird die krampfhaft geschlossene Stimmritze keineswegs einfach durch Luftdruck gesprengt, sondern im Gegentheil hört der Krampf der Adductoren plötzlich auf und man sieht wie die vorher geschlossenen Aryknorpel und Stimmlippen blitzschnell abducirt werden. Die Stimmritze öffnet sich weit, oft bis zum Maximum der möglichen Erweiterung. Nach Ablauf des Hustenstosses schliessen sich die Stimmlippen wieder etwas, doch meist nicht bis zu engem Verschluss; es sei denn, dass auf den ersten Hustenstoss sofort ein zweiter folgt.“

Der Grund des Oeffnungsvorganges liegt nach V. in einer Reflexcontraction der beiden Postici, welche sich von der gewöhnlichen inspiratorischen nur durch ihre grosse Schnelligkeit unterscheidet. F. KLEMPERER.

127) **S. Pechkranz** (Warschau). **Beitrag zur Aetiologie des Hustens.** *Wiener med. Wochenschr. No. 15. 1899.*

P. macht auf das häufige Auftreten von Husten infolge von Pyrosis aufmerksam, welche Ursache P. in der Literatur nicht erwähnt findet. CHIARI.

128) **Albert Abrams. Extrapulmonärer Husten. (Extra-pulmonary coughs.)** *Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. August 1899.*

Verf. erwähnt nur den Husten durch den Reiz eines verlängerten Zäpfchens.

EMIL MAYER.

129) **George L. Richards. Reflexhusten. (Reflex cough.)** *N. Y. Med. Record. 5. August 1899.*

Nichts von speciellem Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

130) **Parmentier. Der chronische Husten verlangt die Nasenuntersuchung. (La toux chronique demande l'examen du nez.)** *La Progrès Méd. Belge. No. 21. 1899.*

Revueartikel mit Anführung eines einschlägigen Falles. Nichts Neues.

BAYER.

131) **Redact. Notiz. Gegen Larynx-Husten. (For laryngeal cough.)** *Philad. Med. Journal. 21. October 1899.*

Wenn der Husten quälend wird, ist folgende Lösung als Spray anzuwenden:

Rp. Cocaini mur. 0,96
Resorcini 0,48
Aquae 30,0.

Das Resorcin verhindert die Auskrystallisirung des Cocains und die Zersetzung der Lösung. Es steigert auch die anästhetische Wirkung des Cocains, während es seinen toxischen Effect herabsetzt.

Bei ausgedehnten Ulcerationsflächen ist folgende Insufflation dem Spray vorzuziehen:

Rp. Morph. mur.
Cocaini mur.
Acidi borici
Jodoformi ana 0,06.
D. S. 2—3mal täglich aufzustäuben.

Eine halbe Stunde vor dem Essen applicirt, vermindert dies Gemisch die Schluckbeschwerden. Vor dem Zubettgehen verabfolgt, wirkt es gewöhnlich für einige Stunden als Schlafmittel. EMIL MAYER.

132) **Redact. Notiz. Gegen spasmodischen Croup. (For spasmodic croup.)** *Boston Med. Surg. Journal. Juli 1899.*

Rp. Nitroglycerini guttae $^1/_{10}$—$^1/_{15}$
Spirit. Vini 15,0.
M. D. S. 2—5 Tropfen alle 2—3 Stunden in Zuckerwasser.

EMIL MAYER.



133) **F. C. Rogers. Pseudocroup. (False croup.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 19. August 1899.*

R. empfiehlt Apomorphin 0,0012—0,0015 per os in wenig Wasser alle 15 bis 20 Minuten bis zur Besserung aller Symptome zu geben. Diese Dose ist für ein Kind von 5 Jahren berechnet. 1 oder 2 Dosen genügen gewöhnlich, den Anfall zum Verschwinden zu bringen, ohne Erbrechen zu erzeugen. EMIL MAYER.

134) **Joseph Holt. Behandlung des Croup. (Treatment of croup.)** *Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. Juni 1899.*

Rp. Chloralid 5,0
Kalii bromat. 3,0
Ammon. bromat. 2,0
Aq. Cinnamon. 64,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll; wenn keine Besserung, nach 20 Minuten zu wiederholen. EMIL MAYER.

135) **J. C. Abernathy. Keuchhusten mit cerebraler Blutung. (Whooping cough with cerebral hemorrhage.)** *Alabama Med. and Surg. Age. October 1899.*

Krankengeschichte des letal endigenden Falles. EMIL MAYER.

136) **John H. Lowman. Keuchhusten und Rachitis. (Whooping cough and rickets.)** *Cleveland Journal of Medicine. November 1899.*

Bericht über 5 Fälle von Keuchhusten, welche während dieser Krankheit Symptome von Rachitis darboten. In 4 Fällen wurde durch absolute Ruhe und strenge Durchführung der vorgeschriebenen Behandlung vollständige Heilung erzielt. Der 5. Fall wurde vernachlässigt und es traten rachitische Deformationen ein. Der Verf. ist der Ansicht, dass ein Keuchhusten während der ersten 18 Monate des Lebens die Disposition für Rachitis verschärft. EMIL MAYER.

137) **Charles W. Ingraham. Behandlung des Keuchhustens mit Bromoform. (Treatment of whooping cough with bromoform.)** *Medical Council. October 1899.*

Die Maximaldose bei einem 5jährigen Kinde soll 1,44 g pro die nicht überschreiten. J. beginnt mit 3 Tropfen 4mal täglich und geht bis zu 6 Tropfen. EMIL MAYER.

138) **Gilbert. Das Diphtherieheilserum bei Keuchhusten. (Antidiphtheria serum in whooping-cough.)** *Journal of the American Med. Assoc. 16. Dec. 1899.*

In 9 mit Serum behandelten Fällen nahmen Intensität und Dauer des Leidens erheblich ab. Der specifische Husten war nach 10 Tagen ganz verschwunden. Injicirt wurden 10 ccm. EMIL MAYER.

139) **J. A. Stucky. Kehlkopfchorea reflectorischen Ursprungs von der Nase aus; Krankengeschichte eines Falles. (Laryngeal chorea of reflex nasal origin. Report of a case.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1899.*

Nach einer Attacke von acuter Rhinitis stellte sich ein chronischer spasmo-

discher Husten ein [Weshalb: „Chorea"? Red.], der über 4 Jahre anhielt. Es wurde Cocain applicirt und zugleich mit der nasalen Störung war jedesmal der Husten verschwunden, solange als der Effect des Cocains anhielt. Dauernde Heilung wurde schliesslich durch Aetzung beider unteren Muscheln mittelst Chromsäure erzielt.

EMIL MAYER.

140) **Posthumus Meyjes. Fall von Ictus laryngis.** *Monatschr. f. Ohrenh. etc. No. 9. 1899.*

41jähriger Mann, starker Raucher, mit geringem Atherom, congestionirtem Aussehen und chronischem Nasenrachencatarrh. M. meint, dass, da Lachen und Husten die Anfälle auslösten, die grosse Reizbarkeit des Rachens als ursächliches Moment zu betrachten sei.

SCHECH.

141) **Sveste. Laryngismus. (Laryngismus.)** *American Journal of the Medical Sciences. Juli 1899.*

Ein Larynxkrampf, der die Tracheotomie oder dauernde Intubation nothwendig macht und auf Ulcerationen unterhalb der Glottis zurückgeführt wird.

EMIL MAYER.

142) **Ganghofner. Ueber Spasmus glottidis bei Tetanie der Kinder.** *Münchner med. Wochenschr. No. 44. 1899.*

Von 105 Fällen von Stimmritzenkrampf zeigten 61 = 58 pCt. manifeste Tetanie (spontane carpo-pedale Spasmen oder doch sogenannte obligate Latenzsymptome), während bei den anderen 44 Fällen, also bei 42 pCt., theils nur Steigerung der mechanischen Nervenerregbarkeit in 36 pCt. der Fälle constatirt wurde, theils überhaupt kein Zeichen von Tetanie sich vorfand, (in 3 = 7 pCt.). G. fand, dass also circa 94 pCt. Tetaniesymptome aufwiesen. Die Coincidenz von Spasmus glottidis und Tetanie ist die Regel, der Spasmus glottidis ohne Tetanie die seltene Ausnahme. Fast alle (96 pCt.) Kinder mit Laryngospasmus waren rachitisch, bei der Mehrzahl fand sich ein guter Ernährungszustand, häufig jedoch mit pastösem Habitus, bleicher Gesichtsfarbe und Status lymphaticus, und in 81 pCt. der Fälle bestanden gastro-intestinale Symptome. Diätetische Behandlung allein hatte nicht immer günstige Resultate zur Folge, bessere zeigten sich bei gleichzeitiger Phosphorbehandlung.

SCHECH.

143) **V. Uchermann. Ein neuer (zweiter) Fall von exspiratorischem functionellen Stimmritzenkrampf (exspiratorischer und rhythmisch spastischer Dyspnoe.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. p. 468. 1899.*

Der Fall, der bei einem 73jährigen Patienten beobachtet wurde, ist dem früher von U. mitgetheilten, im Centralblatt Bd. 15, S. 120 ausführlich besprochenen Falle analog.

F. KLEMPERER.

144) **Sevestre** (Paris). **Ueber Larynxkrämpfe, die einen prolongirten Eingriff (Intubation oder Tracheotomie) nothwendig machen. (Des spasmes du larynx nécessitant une intervention prolongée, tubage ou trachéotomie.)** *Société méd. des Hôpitaux. März 1899.*

Die Pathogenese der dauernden Larynxkrämpfe muss gesucht werden:

1. Im Vorhandensein laryngealer Ulcerationen, welche durch den Tubus hervorgerufen werden.

2. In der Nervosität des Individuums.

Man muss die Intubation des öfteren während der ersten 6—8 Tage, nach Bedarf 10—12 Tage wiederholen. Ueber diese Zeit hinaus soll man die Intubation nicht mehr ausführen und zur Tracheotomie schreiten. Daneben wird man alle Mittel anwenden, die den Krampf bekämpfen können, also Bromsalze, Codein, Antipyrin, Chloral, kalte Einwickelungen des Thorax etc. In den mit Bronchopneumonie complicirten Fällen giebt die Tracheotomie keineswegs bessere Aussichten, als die prolongirte Intubation.

PAUL RAUGÉ.

145) **H. Richardière. Pathogenese und Therapie der Larynxkrämpfe, welche eine prolongirte Intubation nothwendig machen. (Pathogénie et traitement des spasmes du larynx nécessitant l'intubation prolongée.)** *Bulletin méd. Februar 1899.*

In den Pariser Krankenhäusern ist es üblich, die Detubation nach 2 bis 3 Tagen auszuführen. Es giebt indessen eine Anzahl von Kindern, bei welchen noch nach Ablauf dieser Zeit die Larynxkrämpfe fortbestehen, so dass die Entfernung des Tubus unmöglich erscheint. Die Ursachen dieses Zwischenfalles sind wechselnd:

a) in erster Linie ist das stete Vorhandensein bronchopneumonischer Läsionen zu nennen;

b) Ulcerationen des Larynx unterhalb der Glottis, besonders an der hinteren Wand des Ringknorpels.

Die Krämpfe, welche das Fortdauern der Intubation nothwendig machen, sind primär (d. h. sie sind eine Continuation des Initialkrampfes) oder secundär (sie treten eine gewisse Zeit nach der Detubation auf). Die Prognose ist ernst: von 21 Kranken starben 13. In therapeutischer Hinsicht räth Verf., die Intubation fortzusetzen und nur dann die Tracheotomie auszuführen, wenn die Wiedereinführung des Tubus nicht gelingt, oder wenn trotz der Intubation Asphyxie besteht.

PAUL RAUGÉ.

146) **Houssay** (Pont-Leroy). **Geschichte der hysterischen Larynxaffectionen. (Historique des manifestations laryngées de l'hystérie.)** *Gazette médicale du Centre. Februar 1899.*

Eine geschichtliche Studie der verschiedenen neuropathischen Stimmstörungen seit den ältesten Epidemien der Stimmhysterie bis auf die heutigen Einzelfälle, welche die Geduld des Arztes so sehr in Anspruch nehmen. Der Verfasser schliesst mit der Hoffnung, dass eine rationelle Therapie uns in den Stand setzen wird, gegen diese Krankheit, deren nervösen Ursprung die Wissenschaft jetzt sicher festgestellt hat, anzukämpfen.

PAUL RAUGÉ.

147) **Touche. Tabische Larynxcrisen in ihren Beziehungen zu anderen Unterleibscrisen. (Les crises laryngées tabetiques dans leurs rapports avec les autres crises viscérales du tabes.)** *Presse médicale. No. 69. August 1899.*

Um die Frage zu entscheiden, wie oft sich tabische Larynxkrisen mit Unter-

leibskrisen verbinden, untersuchte Verf. 40 Tabiker und fand bei 12 Larynxkrisen, die bei 11 von verschiedenen anderweitigen Unterleibskrisen begleitet waren.

A. CARTAZ.

148) **H. Burger** (Amsterdam). **Recurrens-Lähmung und Recurrens-Durchschneidung. (Recurrens-verlamming en recurrens-doorsnijding.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. II. No. 15. 1899.*

Verkürzte Ausgabe der Arbeit im Archiv für Laryngologie, Bd. IX, H. 2, S. 203.

H. BURGER.

149) **H. Krause. Zur Frage der Posticuslähmung.** *Arch. f. Anat. u. Physiol. Physiol. Abtheilung. 1899.*

K. kommt auf Grund seiner neuerdings vorgenommenen Versuche, bei denen er auf den Recurrens sein Druckverfahren anwendet, zu folgenden Ergebnissen:

1. Dass dasselbe Immobilisirung und Medianstellung des Stimmbandes hervorruft.

2. Diese Medianstellung ändert sich nicht, wenn der dem Druckverfahren unterworfene Nerv peripher durchschnitten wird.

3. Nach Durchschneidung und völliger Lähmung des Laryng. inf. nimmt das Stimmband eine der Phonationsstellung nahe Position ein; sie geht in eine Adductionsstellung über, die der Inspirationsstellung näher als der Phonationsstellung gelegen ist, sobald der M. cricothyr. gelähmt wird.

4. Die laryngoskopische Untersuchung sowie die unmittelbare Beobachtung dieses Muskels hat ergeben, dass er ein automatisch arbeitender concomittirender Exspirationsmuskel ist.

5. Es ist nachgewiesen, dass trotz völliger Lähmung des Laryng. inf. eine mit dem Exspirationsvorgange synchrone, das Stimmband der Mittellinie nähernde Bewegung stattfindet; diese Bewegung wird durch den M. cricothyr. bewirkt.

6. Elektrische Reizung des R. ext. n. lar. sup., sowie des M. cricothyr. nach Durchschneidung des N. lar. inf. ergiebt ein Vorrücken des Stimmbandes bis zu einer der Medianlinie nahe kommenden Stellung, wobei jedoch das Stimmband etwas excavirt erscheint. Bei erhaltenem N. lar. inf. wird das Stimmband straffer in die Länge gezogen und der Mitte näher gebracht.

7. Der N. lar. sup. hat — ausgenommen die Innervation des M. cricothyr. — mit der motorischen Innervation des Kehlkopfs nichts zu schaffen.

8. Es hat sich gezeigt, dass das Experiment auch einen Zustand beginnender, unvollständiger Lähmung des M. lar. inf. zu erzeugen vermag. Hierbei ist die Aussenbewegung des Stimmbandes behindert, während die Adductionsbewegung erhalten ist.

In seinen Schlussfolgerungen giebt K. zu, dass die durch Druck auf den N. lar. inf. hervorgerufene Immobilisirung des Stimmbandes keine Reizcontractur ist. Die Adductionsstellung des Stimmbandes ruft bei Lähmung des N. lar. inf. der M. cricothyr. hervor. K. lässt also seine alte und neuere Hypothese fallen. Der M. cricothyr. ist nach ihm ein wesentlich exspiratorischer Muskel; er hilft das Stimmband adduciren.

A. ROSENBERG.

150) **G. Prota. Ueber zwei Fälle von linksseitiger Kehlkopflähmung mit eigenthümlicher Stimmstörung. (Sue due casi di emiplegia laringea sinistra con singolare disturbo disfomico.)** *Bollet. d. malatt. dell'orecchio etc. Mai 1898.*

In den beiden mitgetheilten Fällen von totaler linksseitiger Recurrenslähmung wurde die Dysphonie fast oder ganz ausgeglichen, wenn die Patienten den Kopf nach rechts hinüberbeugten. Verf. konnte im Spiegelbild beobachten, dass bei dieser Kopfstellung das gelähmte linke Stimmband etwas gestreckt wurde, so dass das rechte während der Phonation im Stande war, es mit seinen Excursionen zu erreichen, wodurch die Stimmstörung ausgeglichen wurde. FINDER.

151) **John Sendziak. Larynxlähmung. (Paralysis of the larynx.)** *American Journal of the Med. Sciences. Juli 1899.*

Die Lähmung war hier durch vergrösserte Drüsen und nicht durch das Carcinom selbst bedingt, wie das die Röntgenaufnahme zeigte. EMIL MAYER.

152) **G. T. Ross. Kehlkopflähmungen. (Laryngeal paralysis.)** *Canada Med. Record. Juli 1899.*

Zusammenstellung bekannter Thatsachen. EMIL MAYER.

153) **G. Geronzi. Die Möglichkeit der Behandlung von Abductoren-Lähmungen durch Resection der Recurrentes.** Societa Lancisiana degli Ospedali di Roma. *La Riforma Medica Palermo. 6. Juli 1899.*

In der vorigen Sitzung demonstrirte Verf. einen Fall von Abductorenlähmung, bedingt durch einen Nackenstich, welcher den Recurrens lädirt hatte. Im Anschluss daran discutirt er nun die Frage, ob es möglich ist, durch Resection der Recurrentes die Respirationsgefahren, wie wir sie bei Posticuslähmungen vorfinden, zu beseitigen. Er glaubt, dass diese Operation bei Abductorenlähmungen ausgeführt werden darf, wenn nicht nur Erstickungsgefahr droht, sondern ausserdem auch jede Hoffnung auf Wiederherstellung der Function ausgeschlossen ist. Die Operation ist leicht und würde, wie Verf. glaubt, die Stimmbänder so weit auseinanderbringen, dass man dadurch jeder Gefahr der Asphyxie vorbeugen könnte. In seinem Falle ist der Abductionsgrad des dem verletzten Recurrens entsprechenden Stimmbandes ein so hoher, dass selbst wenn das andere Stimmband durch Lähmung seines Abductors in complete Adductionsstellung geriethe, doch noch genügend Luft eindringen könnte. JAMES DONELAN.

154) **Antony. Zwei geheilte Fälle von hysterischer Taubstummheit. (Deux cas de guérison de surdimutité hystérique.)** *Société médicale des Hôpitaux. 28. April 1899.*

Demonstration zweier mit Taubstummheit behafteter Soldaten, die durch Elektrisation geheilt wurden. Das Sprach- und Hörvermögen kehrten vollständig wieder. A. CARTAZ.

155) **L. C. Deane. Hysterische Aphasie bei einem Kinde. (Hysterical aphasia in a child.)** *Pacific Medical Journal. November 1899.*

Von Interesse ist, dass Patient ein 5jähriges Kind und in Folge von Ophthalmia neonatorum von Geburt an blind ist. EMIL MAYER.



156) **J. Crocq. Zwei Fälle traumatischer Aphasie. (Deux cas d'aphasie traumatique.)**

Zwei Fälle von Schädeltrauma mit motorischer Aphasie; bei dem einen Fall mit Verlust der willkürlichen Schrift und Paralys. facial. inf. handelte es sich um eine motorische Rindenaphasie; bei dem zweiten, welcher die Fähigkeit, seine Gedanken niederzuschreiben, beibehielt und bei welchem keine Lähmung vorlag, handelte es sich um eine hysterische Aphasie.

BAYER.

157) **J. C. Christy. Dysphonie geheilt durch Anwendung des galvanischen Stroms. (Dysphonia. Relief with the use of the galvanic current.)** *Philad. Medical Journal. 9. September 1899.*

Der Verf. rühmt die Galvanisation zur Heilung aller Arten von Dysphonie.

EMIL MAYER.

158) **J. C. Christy. Dysphonie. (Dysphonia.)** *Philad. Med. Journal. 21. Oct. 1899.*

Verf. beschreibt ausführlicher als in einem früheren Aufsatz die Art, wie er gegen diese Affection den constanten Strom anwendet.

EMIL MAYER.

159) **Thos. C. Minor. Die Eintheilung der Stimmen. (Classification of voices.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 2. September 1899.*

Verf. ist der Ansicht, dass die Classificirung einer Stimme nicht allein dem Gesangslehrer überlassen bleiben soll, da in der Bestimmung durch diesen nicht immer die genügende Garantie für die Entwicklung und Erhaltung der Stimme gegeben ist. Der Stimmarzt soll mit dem Gesangslehrer in diesem Punkte zusammenwirken.

EMIL MAYER.

160) **John W. Farlow. Die amerikanische Stimme. (The american voice.)** *Maryland Med. Journal. August 1899.*

Vergleiche den Bericht über die Verhandlungen des 21. Congresses der Amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft im Centralblatt.

EMIL MAYER.

161) **Paulsen** (Kiel). **Untersuchungen über die Tonhöhe der Sprache.** *Pflüger's Archiv. LXXIV. 1899.*

Der Tonumfang liegt mit wenigen Ausnahmen innerhalb folgender Grenzen: vom 6.—14. Jahre beim Declamiren von h—a', a—a', g—g'; vom 3.—20. Jahre beim gewöhnlichen Sprechen bei weiblichen Personen a—fis', a—e', g—e', f—e', g—e', beim männlichen Geschlecht vom 3.—18. Jahre a—fis', a—e', as—e', ges—e', f—e', e—e', vom 15.—20. Jahre von G—e, F—e, G—e, E—e.

Die Hauptsprachtöne liegen fast immer innerhalb folgender Grenzen: vom 3.—7. Jahre ah—e'fis; vom 8.—12. Jahre a—d'e'; vom 13.—14. Jahre a—d'; vom 15.—18. Jahre beim männlichen fis—d', beim weiblichen Geschlecht ga—d'; vom 19.—20. Jahre G—e', resp. a—d'. Beim Declamiren liegt der Ton etwas höher.

A. ROSENBERG.

162) **S. Sanki. Theorie der Stimmbildung. (Teoria postanowki goloba.)** Petersburg 1900. 4. Aufl.

Es erscheinen alljährlich zahlreiche Broschüren und Anleitungen für den

Gesangsunterricht, welche neben praktischen Winken für den Unterricht ohne Ausnahme eine Excursion in das Gebiet der Anatomie und Physiologie sich erlauben. Demselben Schema folgt auch das Büchlein von Sanki. Da im Allgemeinen zu Genüge bekannt ist, welche Blüthen diese Literatur zeitigt, so ist eine wissenschaftliche Kritik meist gar nicht nöthig. Wenn ich mir trotzdem einige Bemerkungen über das Büchlein von Sanki nicht versage, so geschieht es deshalb, weil dasselbe sich etwas über dem allgemeinen Niveau hält. So finden wir z. B. in dem Abschnitt über die Registerbildungen und über die Untersuchung des Larynx der Sänger einige originelle und zutreffende Bemerkungen; ein Zeichen, dass der Autor den Kehlkopfspiegel zu handhaben versteht und sich thatsächlich Mühe gegeben hat, dem Gegenstande, den er behandelt, näher zu treten. Dasselbe kann man leider in Bezug auf die Athmungsfrage nicht sagen. Da tritt die verworrene Merkel'sche Theorie, gewürzt mit eigenen Zusätzen, voll zu Tage. — Wir halten in der letzten Zeit so viele nationale und internationale Congresse ab. Warum erhebt sich die Pädagogik der Gesangskunst nicht zu dieser Höhe? Es wäre wirklich an der Zeit, dass in das durch die Reclamesucht angefaulte Gebiet ein frischer Luftzug käme. Dies könnte nur durch die Ventilation der schwebenden Fragen von Seiten berufener Fachmänner und durch gemeinsames Zusammenwirken wohlgesinnter Kunstförderer erzielt werden. Dafür bietet sich kaum irgendwo besser Gelegenheit, als in der öffentlichen Discussion durch die Fachmänner.

P. HELLAT.

163) **N. Ypes** (Amsterdam). **Der Athmungstypus beim Manne und beim Weibe im Zusammenhang mit Sprach- und Sang-Unterricht. (Het ademhalingstype bij man en vrouw in verband met spreek- en zangonderricht.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. II. No. 19. 1899.*

Y. bekämpft die Meinung, dass der physiologische Athmungsmodus beim Manne abdominal, beim Weibe costal sein sollte. Er führt im Gegentheil aus, dass bei beiden Geschlechtern die normale Respiration eine costo-abdominale ist. Dass auch bei der willkürlichen costalen Athmung das Zwerchfell herabsteigt, haben ihn radioscopische Versuche gelehrt. Er bekämpft die Meinung, dass die Bauchathmung einen nachtheiligen Einfluss auf die weiblichen Geschlechtsorgane ausüben sollte und führt im Gegentheil aus, dass die costo-abdominale Respiration einen günstigen Einfluss auf die Circulation sowohl, wie auf die Peristaltik ausübt.

Das systematische Erlernen dieser natürlichen Athmungsweise ist namentlich für Redner und Sänger von grösster Nützlichkeit. Dieselbe hat auch den Vortheil, dass mit ihr die vielgewünschte niedrige Kehlkopfstellung erhalten wird. Bei der Uebung dieser Athmungsweise sind Stossübungen (schnelle Zwerchfellstösse) sehr nützlich.

H. BURGER.

164) **Breitung** (Coburg). **Ueber phonographische Stimmprüfung.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 12. 1899.*

Durch eingehende Versuche kommt B. zu dem Schluss, dass bei den jetzt bei dem Phonographen in Anwendung kommenden Walzen für die Pathologie der

Stimme nichts erwartet werden kann. Die Prägnanz der Wiedergabe stieg je nach dem Metallgehalt der Stimme; Stimmen, welche gute phonographische Bilder geben, gestatten auch eine günstige Prognose. Deshalb wird der Phonograph künftig bei der Beurtheilung von Sängern, Lehrern und Geistlichen eine Rolle spielen, aber auch bei Kranken, die in Behandlung treten, ferner bei Verbrechern.

SCHECH.

165) **Rousselot. Praktische Verwerthung der Experimentaluntersuchung der Phonation. (Practical application of experimental phonetics.)** *Journal of the Americ. Med. Association. 23. September 1899.*

Die Bewegungen der Zunge und des Kehlkopfs werden durch einen einfachen Apparat, den der Patient in den Mund nimmt, registrirt. Der Patient kann auf diese Weise controliren, worin seine Bewegungen von der Norm abweichen, und er lernt leicht durch Uebungen, seine Fehler zu corrigiren. Diese Methode ist zur Ueberwindung von Sprachfehlern, Stottern, Stimmbandparesen etc. überaus wirksam.

EMIL MAYER.

166) **Heldenbergh. Beitrag zum Studium der Function der Sprache und Methode der Neuerziehung der Sprache der Aphasiker. (Contribution à l'étude de la fonction du langage et méthode de rééducation de la parole chez les aphasiques.)** *La Belgique Méd. No. 12. 1899.*

Neurologische Studie mit Anleitung zur Behandlung von Aphasikern behufs Wiedererlernung des Sprechens, von Agraphikern zur Wiedererlernung gewissermaassen der Schrift, gerade so wie es Fränkel und Leyden gelungen sei, Ataxiekranken das Coordinationsbild des Ganges wieder beizubringen und Hemiplegikern sich ihrer paralysirten Glieder wieder regelmässig zu bedienen.

BAYER.

167) **G. Hudson Makuen. Der Werth der Muskelübungen bei der Behandlung vocaler Defecte. (Value of muscle training in treatment of vocal defects.)** *Journal of American Med. Assoc. 7. October 1899.*

Vergleiche die Verhandlungen der 50. Jahresversammlung der American Medical Association (Section für Laryngologie und Otologie) vom Juni 1899.

EMIL MAYER.

168) **Edwin Pinchon. Die Bête noire der Sänger. (The Bête-noire of the vocalist.)** *Laryngoscope. Juli 1899.*

Hinweis auf die Heiserkeit und ihre Ursachen.

EMIL MAYER.

169) **Ley. Ueber Sprachstörungen und ihre Erziehungstherapie. (Des troubles de la parole et de leur thérapeutique éducative.)** *Annales de la Soc. Méd. Chir. d'Anvers. Februar 1899.*

Der Autor bespricht zuvörderst die Sprachstörungen bei Idioten und Geistesschwachen und geht dann über zu solchen bei

1. Taubstummen,
2. Sprachlosen, nicht Tauben,



3. Stotterern und
4. solchen mit falscher Aussprache.

Er geht dann auf die Heilmethoden ein und knüpft daran die Beobachtung von 2 Kindern, von denen der eine Fall einen 5jährigen Knaben mit vollständiger Sprachlosigkeit bei erhaltenem Gehör betrifft, der andere einen 7jährigen Jungen mit falscher Aussprache; statt s spricht er sch und statt g und k, t und z aus. Vollständige Heilung.

Vorstellung derselben in der Sitzung der Antwerpener Med. Chir. Gesellschaft, Sitzung vom Februar 1899.

BAYER.

170) **G. Hudson Makuen. Drei Fälle von Sprachfehler. (Three cases of defective speech.)** *Philad. Medical Journal. 2. December 1899.*

Die primäre Ursache der Sprachstörung bildeten adenoide Wucherungen. Nach Entfernung derselben wurden Sprachübungen eingerichtet.

EMIL MAYER.

171) **G. Hudson Makuen. Bericht über einen Fall von Sprachdefect infolge von gewissen Störungen der Hirnfunction. (Report of a case in which defective speech results in some interesting derangements of cerebral functions.)** *Phil. Med. Journal. 16. December 1899.*

Verf. demonstrirt einen Fall von Sprachdefect, welchen er zur Wortblindheit rechnet. Er giebt an, dass nur zwei ähnliche Fälle bis jetzt beschrieben worden sind. M.'s Patient litt in der Kindheit an Convulsionen. Den gegenwärtigen Zustand hält Verf. für secundär. Derselbe soll von gewissen Störungen des motorischen Tractus abhängen, welche unter anderem auch die Entwickelung einer normalen Sprache unmöglich machten. Patient wurde mit speciellen Sprachübungen behandelt. Obwohl dieselben erst wenige Wochen fortgesetzt sind, haben sie bereits eine überraschende Besserung zu Wege gebracht.

EMIL MAYER.

172) **Haase** (Berlin). **Bericht über die in der Neumann'schen Poliklinik 1898/99 behandelten Sprachstörungen.** *Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. December 1899.*

Unter den 41 sprachkranken Kindern waren 11 Stotterer, 12 Stammler, 3 mit Stottern und Stammeln, 13 mit Aphasie, 2 mit Näseln. Unter den Stotterern war nur 1 Kind mit adenoiden Vegetationen, ebenso bei den Stammlern. Auffällig ist die hohe Zahl der an Aphasie leidenden Kinder, in diese Gruppe sind die Fälle mit verspäteter Sprachentwickelung und Hörstummheit gerechnet.

SEIFERT.

173) **Wl. Oltuszewski. Die unvollkommene psychische Entwickelung und ihre Beziehung zu verschiedenen Categorien der Sprachanomalien. (Niedorozwój psychiczny i jego stosunek do róznych kategoryi zboczen mowy.)** *Gazeta lekarska. No. 43, 44, 45. 1899.*

Die unvollkommene psychische Entwickelung soll nach Verf. eine bedeutende Rolle in der Aetiologie der Sprachanomalien spielen. Verf. analysirt speciell verschiedene diesbezügliche Veränderungen und bespricht ihre Pathogenese und die Grundzüge ihrer Behandlung.

Die Arbeit eignet sich nicht zum Referate; bemerkt sei nur, dass von 1260 Fällen von verschiedenen Sprachanomalien nach Verf.'s Ansicht 158 mit unvollkommener psychischer Entwickelung in Zusammenhang standen.

v. SOKOLOWSKI.

174) **Wl. Oltuszewski. Siebenter Beitrag zur Lehre von den Sprachanomalien. (VII przyczynek do nauki o zboczeniach mowy.)** *Medycyna. No. 46, 47. 1899.*

Vom 1. Juli 1898 bis 1. Juli 1899 wurden in der Anstalt des Verf. 196 Fälle von verschiedenen Sprachanomalien beobachtet, darunter 53 Fälle von Aphasie, 41 von Stammeln, 4 von nasaler Sprache und 98 von Stottern.

Bei dem grösseren Theil der Fälle soll die Behandlung ein günstiges Resultat erzielt haben.

v. SOKOLOWSKI.

f. Schilddrüse.

175) **H. Küttner. Struma syphilitica.** Aus der Tübinger chirurg. Klinik von Prof. v. Bruns. *Beitr. z. klin. Chirurgie. XXII. 1898.*

In dem ersten Falle war die seit der Jugend vorhandene Struma in letzter Zeit schneller gewachsen und hatte Schmerzen, Athembeschwerden und eine Recurrensparese verursacht; da auch die benachbarten Lymphdrüsen angeschwollen waren, nahm man anfänglich eine maligne Struma an.

In dem zweiten Falle bestanden schon längere Zeit Athembeschwerden, die vor 1 Jahre hochgradige, aber nach einigen Wochen vorübergehende Athemnoth verursacht hatte, die sich nunmehr wiederholte.

Im ersten Falle handelte es sich um die fibröse, im zweiten um die gummöse Form.

Weiterhin bespricht K. die Erscheinungen, die die Syphilis in ihrer Frühperiode und in den späteren Stadien resp. als hereditäre Lues hervorrufen kann.

A. ROSENBERG.

176) **Potier. Primäres Lebercarcinom und Kropf. (Cancer primitif du foie et goitre.)** *Société anatomique. 7. Juli 1899.*

Verf. demonstrirt Präparate von einem Krebsknoten der Leber. Der Fall war mit einem hämorrhagischen Kropf combinirt. Es fragt sich, ob das primäre Neoplasma nicht in der Schilddrüse sass und die Leberknoten auf metastatischem Wege entstanden sind. Die histologische Untersuchung zeigt jedoch, dass der Schilddrüsentumor nicht carcinomatös ist, während die Leberknoten ein trabeculäres Epitheliom darstellen. Es handelt sich demnach um ein primäres Lebercarcinom.

PAUL RAUGÉ.

177) **A. E. Barker. Papillöses Carcinom der Schilddrüse. (Papilliferous carcinoma of thyroid gland.)** *Trans. Path. Soc. London. 1899. British Medical Journal. 21. Januar 1899.*

Weiterer Bericht über einen bereits früher in der Path. Soc. Trans. mitge-

theilten und in dieser Zeitung beschriebenen Fall. Die Krankheitsdauer belief sich insgesammt auf 18 Jahre, während dieser Zeit musste das recidivirende Gewächs am Halse wiederholt operirt werden. Im August 1898 bildete sich an der linken Halsseite ein ausgedehntes Hämatom, welches den Exitus durch Erstickung herbeiführte. Die Quelle dieses Hämatoms lag wahrscheinlich in einigen Zotten oder intracystischen Fortsätzen, welche bei der letzten partiellen Entfernung des Tumors in der Umgebung des Larynx zurückgelassen waren. WAGGETT.

178) **J. Gomez Oxanna** (Madrid). **Die Sterblichkeit nach der Thyroidectomie. (La mortalidad despues de la tiroidectomia.)** *La Oto-Rino-Laringol. Espan. No. 15. 1899.*

Verf. stellte Versuche an Hunden an und gelangt zum Schluss, dass nach vollständiger Exstirpation der Schilddrüse der Tod gewöhnlich in dem Zeitraum von 2 Monaten eintritt. R. BOTEY.

179) **Mabille** (Reims). **Ueber die Wirkung des Arseniks gegen die Schädlichkeiten der Thyreoidinbehandlung.** *Die Heilkunde. Heft 9. 1899.*

M. empfiehlt auf Grund klinischer und experimenteller Erfahrungen zur Verhütung schädlicher Thyreoidwirkungen die gleichzeitige Anwendung eines Arsenpräparates. CHIARI.

180) **Jannin** (Chexbres). **Constitutioneller Jodismus, Thyroidismus und Basedow (Iodisme constitutionnel, thyroidisme et maladie de Basedow.)** *Revue méd. Suisse romande. H. 5. 1899.*

Verf. setzt in einer lebhaften Meditation die drei genannten Begriffe auseinander und legt ihre nahe Verwandtschaft dar. Unter Jodisme constitutionnel versteht er nicht die acute oder chronische Jodintoxication mit ihren bekannten Symptomen, sondern den latenten Thyroidismus, wie er namentlich in Gegenden des endemischen Kropfes häufig vorkommt. Dieser Zustand, welchen er auch als denjenigen der „deséquilibrés de la thyroide“ bezeichnet, charakterisirt sich durch Nervosität, Herzklopfen, Magerkeit, Hungergefühl, bei geringer oder stärkerer Veränderung der Schilddrüse. Bei solchen Individuen kann jede, selbst die minimalste Jodbehandlung in kurzer Zeit das vollständige Bild des Thyroidismus, selbst mit Exophthalmus, typischem Basedow hervorbringen. Es ist klar, dass hier nicht die Jodwirkung, sondern die auf veränderter Function der Schilddrüse gegründete Constitution des Individuums das Wesentliche ist. Verf. führt 5 theils selbst beobachtete typische Fälle dieser Art auf. Bekanntlich ruft auch der Genuss der Schilddrüsenpräparate bei Manchen ähnliche Erscheinungen des constitutionellen Jodismus und Thyroidismus hervor.

Am Schluss führt Verf. die physiologischen Theorien Cyon's (Archiv für Physiologie 1898) von der regulirenden Bedeutung des Thyrojodins (Baumann) auf die antagonistischen Herznerven, und von der antitoxischen Wirkung des Natrium phosphoricum gegen das Jod u. s. w. an. JONQUIÈRE.

181) **Veslin** et **Leroy** (Evreux). **Basedow'scher Symptomencomplex bei einem Kropfkranken auftretend; Heilung durch Electricität. (Syndrome goitre exoph-**

talmique survenue chez un goitreux. Guérison par l'électricité.) *Presse méd. Juni 1899.*

Unter dem Einfluss grosser Anstrengungen stellten sich bei dem kropfkranken Patienten Symptome des Morbus Basedowii ein. Die electrische und hydrotherapeutische Behandlung führte in drei Monaten eine erhebliche Besserung und nach einem Recidiv totale Genesung herbei, die 9 Monate anhält. Der ursprüngliche Kropf blieb bestehen.

PAUL RAUGÉ.

182) **Maurice Faure** (Paris). **Ein mit Myxoedem combinirter tödtlich verlaufender Fall von Basedow'scher Krankheit. (Une observation de maladie de Basedow mortelle avec coexistence de myxoedème.)** *Presse méd. 23. September 1899.*

Das Zusammentreffen beider Erkrankungen ist selten. Es existiren im Ganzen 11 Fälle, die sich folgendermassen eintheilen lassen:

1. Fälle, in denen sich die Basedow'schen Symptome im Verlauf des Myxödems entwickelten.

2. Fälle, bei denen die myxödematösen Symptome im Verlauf der Basedow'schen Krankheit erschienen.

3. Fälle, bei denen die Basedow'schen und die myxödematösen Symptome sich gleichzeitig entwickelten und

4. Fälle mit wenig charakteristischen Symptomen (accidents frustes), die nicht ganz dem Bilde beider Affectionen entsprachen.

Bekanntlich führen manche Autoren das Myxödem auf einen Mangel, die Basedow'sche Krankheit dagegen auf einen Ueberschuss an Secreten der Thyreoidea zurück. Es ist also nicht abzusehen, wie diese beiden einander entgegengesetzten Leiden gleichzeitig bestehen können. Diese Autoren haben denn auch Beobachtungen von der Art der von F. mitgetheilten, angezweifelt. Sie nehmen an, dass die beiden Krankheiten nicht gleichzeitig bestehen, sondern nur auf einander folgen können.

F.'s Fall aber bietet nach dieser Richtung nicht den geringsten Zweifel und er verdiente deshalb auch publicirt zu werden.

PAUL RAUGÉ.

183) **P. Courmont** (Lyon). **Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Traitement du goitre exophtalmique.)** *Soc. d. Sciences méd. de Lyon. Juli 1899.*

Es handelt sich um eine frühere Hysterica, die nach Dehnung des Sympathicusstammes eine recht bedeutende Besserung der Basedow'schen Krankheit erfuhr. Ausser dem vollständigen Symptomencomplex des genannten Leidens zeigte die Pat. trophische Störungen beider Unterextremitäten in Form zweier symmetrischer indurirter Plaques, die nicht schmerzhaft und von sclerodermatischem Aussehen waren.

PAUL RAUGÉ.

184) **Francois Franck** (Paris). **Physiologischer Beitrag zur Frage der Sympathicus-Resection am Menschen bei Basedow'scher Krankheit. (Introduction physiologique à la question de la sympathicotomie chez l'homme dans la maladie de Basedow.)** *Académie de Méd. 23. Mai 1899.*

Um den Klinikern Indicationen zu geben, an die sie sich halten können,

giebt Verf., gestützt auf die bekannten Thatsachen wie auf seine eigenen Untersuchungen, einen übersichtlichen Bericht über die Wirkungen, welche die Ausschaltung des Halssympathicus auf die Circulation der Thyreoidea, auf das Auge, das Herz und Gehirn ausübt.

I. Der Halssympathicus ist der Vorschieber des Augapfels und zwar durch die Thätigkeit des Müller'schen Muskels, und nicht durch eine vasodilatatorische Wirkung, die keinesfalls erwiesen ist. Die Resection desselben vermindert also den Exophthalmus oder beseitigt ihn vollständig.

II. Der Sympathicus wirkt auf die intra-oculäre Circulation als Constrictor und Dilatator zugleich. Seine Resection verringert die intra-oculäre Spannung, daher die nützliche Wirkung beim Glaukom.

III. Er wirkt als Vasoconstrictor der Schilddrüse. Seine Resection kann also bei der Basedow'schen Krankheit die active Congestion durch eine paralytische Gefässerweiterung nur noch vermehren.

IV. Nichts beweist einen excito-secretorischen Einfluss des Sympathicus auf die Thyreoidea.

V. Der Sympathicus ist ein Vasoconstrictor des Gehirns. Eine Resection desselben kann daher den cerebralen Blutlauf vermehren, ist also umsomehr als vortheilhaft anzusehen, wenn man die freilich noch sehr discutable Theorie von der Hirnanämie zulässt.

VI. Der Halssympathicus wirkt nicht direct auf die Gefässe des Pons und der Medulla.

VII. Die herzbeschleunigenden Sympathicusfasern werden nur zum geringen Theil vom Halssympathicus geliefert. Die Mehrzahl entspringt aus der thoracalen Portion. Die Ausschaltung wäre demnach nur durch totale Resection eine vollständige.

VIII. Der sympathische Apparat ist mit Sensibilität begabt und leitet nach dem Bulbus und Cervicodorsalmark durch centripetale Fasern die Erregungen, welche vom Herzen und der Aorta ausgehen. Es ist logisch, anzunehmen, dass die Resection des Sympathicus wenigstens soviel bewirkt, dass sie sowohl die Uebertragung anormaler Erregungen cardio-aortischen Ursprungs auf die Centren, als auch die centrifugalen Einflüsse auf die Schilddrüse, das Gehirn und Herz unterdrückt.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

185) **Depage. Oesophagusdivertikel. (Diverticulum de l'oesophage.)** *La Clinique. No. 13. 1899. Journ. Méd. de Bruxelles. No. 12. 1899.*

70jährige Dame, seit 20 Jahren von dem Uebel behaftet, kann seit 8 Tagen gar nicht mehr schlucken. D. machte die Operation mit Erfolg.

Das Divertikel ist mehr ein Pharynx- als ein Oesophagusdivertikel.

BAYER.

186) **Schwalbe. Ueber ein Pulsionsdivertikel.** *Münchner med. Wochenschrift. No. 44. 1899.*

Mittheilung eines Falles mit Bemerkungen über die Diagnose, Aetiologie

und Therapie. Der wechselnde Sondenbefund ist ein Hauptkennzeichen der Divertikel; der betr. Kranke zeigte als erstes Symptom das Ausspeien von angesammeltem Speichel. Das Divertikel lag oberhalb des Ringknorpels, was auch durch die Radiographie bestätigt wurde. Radicalheilung ist nur durch die Operation zu erzielen, doch giebt auch die methodische Sondirung in Folge der moralischen Einwirkung gute Erfolge.

SCHECH.

187) **Anna Moesta** (Neidenburg). **Ueber ein Pulsionsdivertikel des Oesophagus.** Aus dem pathol. Institut. Züricher Dissertat. Zürich bei Orell Füssli. 1899.

Verf. hebt hervor, dass die Aetiologie der Pulsionsdivertikel gegenüber der Einfachheit bei den Tractionsdivertikeln eine noch umstrittene sei. Nach dem Befund bei seinen Fällen neigt er zu der Ansicht, dass es sich nicht sowohl um traumatische, als um congenitale Entstehung handle, wofür auch die ausschliessliche Localisation an der Hinterwand des Uebergangstheiles des Pharynx in den Oesophagus spreche. Die beiden Anschauungen lassen sich wohl leicht vereinigen, d. h. die congenitale Anlage als eine starke Prädisposition bei selbst ziemlich geringfügigen Traumen, wie durch Erbrechen u. a. m. Der vorliegende Fall wurde bei der Section eines Verunglückten zufällig entdeckt, und die Nachforschung bei den Verwandten ergab, dass diese Divertikel im Leben nie Symptome gemacht hatten. Es war an der hinteren Wand der Speiseröhre, etwas nach links gerichtet, eine haselnussgrosse, circumscripte Ausbuchtung von $1^1/_2$ cm Tiefe. Der fast kreisrunde Eingang war $1^1/_2$—2 cm breit, die Wand des Sackes 2 mm dick. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Musculatur des Oesophagus sich nicht in den Sack erstreckte, wohl aber das perimusculäre Bindegewebe, welches sich mit dem submucösen Bindegewebe zu einer breiten Schicht vereinigte, und hierdurch wird Verf. für seinen Fall von der rein congenitalen Aetiologie überzeugt, welche Auffassung er für alle Pulsionsdivertikel annehmen zu dürfen glaubt.

JONQUIÈRE.

188) **Segond** (Paris). **Fremdkörper im Oesophagus. (Corps étranger de l'oesophage.)** *Société de Chirurgie. 26. Juli 1899.*

Ein Stück von einem Gebiss wurde nach der Röntgenaufnahme durch die äussere Oesophagotomie beseitigt.

S. hält dieses Verfahren für das einzig richtige, wenn es sich darum handelt, irreguläre und spitze Fremdkörper zu entfernen, die beim Extrahiren auf natürlichem Wege eine Läsion des Oesophagus hervorbringen können.

Lucas-Championnière sagt, dass er in einem analogen Falle durch die Röntgenuntersuchung zu keinem positiven Ergebniss gelangen konnte. Er stimmt der Ansicht des Vorredners bei hinsichtlich der Gefährlichkeit des Graefe'schen Instruments und erinnert an den Fall von Broca, welcher beim Extrahiren eines Knochens aus dem Oesophagus die Carotis öffnete, so dass Patient unter seinen Händen verblutete.

Reclus ist der Meinung, dass man vor Ausführung der Oesophagotomie das Graefe'sche Instrument versuchen darf.

Poirier lässt den Gebrauch des Instrumentes zu für runde Körper und

selbst zur Herausholung eines Gebisses, aber nur unter der Bedingung, dass man, falls der Fremdkörper sich festkeilt, nicht ziehen darf, sondern sofort die äussere Oesophagotomie ausführt.

Kirmisson ersetzt das Graefe'sche Instrument durch ein eigens construirtes, welches viel weniger voluminös ist. PAUL RAUGÉ.

189) **G. A. Syme** (Melbourne Victoria). **Zwei Fälle von Fremdkörpern im Oesophagus, die den Werth der Röntgenstrahlen als diagnostisches Mittel und den des electrischen Münzenfängers zum Entfernen derselben erweisen. (Two cases of foreign body in the oesophagus, showing the value of the X rays as a means of diagnosis and of the electric coin-catcher for their removal.)** *Intercolonial Med. Journal. August 1899.*

Die beiden Fälle betrafen Knaben im Alter von 11 und 7 Jahren. Die im Oesophagus befindlichen Fremdkörper (Penny und Knopf) waren deutlich auf der Röntgenplatte zu sehen. Der elektrische Münzenfänger ist so construirt, dass er bei Berührung mit einem metallischen Gegenstande die Glocke zum Läuten bringt und auf diese Weise das Entfernen desselben erleichtert. A. T. BRADY.

190) **Phocas. Fremdkörper im Oesophagus bei einem Kinde. (Corps étrangers de l'oesophage chez l'enfant.)** *Nord Médical. 1. October 1899.*

Der Fall betrifft ein 7jähriges Kind, das ein Geldstück (10 Centimes) verschluckt hatte. Der intensive Schmerz verschwand nach wenigen Minuten; dann traten Schluckbeschwerden ein. Das Röntgenbild zeigte, dass das Geldstück in der Höhe des Proc. ensiformis gelegen war. Es wurde ohne Schwierigkeit mit dem Kirmisson'schen Instrument herausgeholt. Verf. warnt vor Anwendung des Gräfe'schen Instruments. A. CARTAZ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **D. Braden Kyle. Lehrbuch der Nasen- und Halskrankheiten. (A textbook of diseases of the nose and throat.)** Verlag von W. B. Saunders. Philadelphia 1899.

Verf. hat, soweit dies möglich ist, die einzelnen Erkrankungen nach ihren pathologischen Erscheinungen gruppirt. Die lithographischen Tafeln und Originalabbildungen, die das Werk enthält, sind nach Präparaten verfertigt, die Verf. in seinem eigenen Laboratorium gemacht hat. Die Zeichnungen stammen von Fällen her, die er selbst in Beobachtung hatte.

Ein kurzes, aber werthvolles Kapitel, betitelt „Larynxoperationen", ist von W. W. Keen bearbeitet worden.

Das Buch ist nach vielen Richtungen empfehlenswerth, denn es ist metho-

disch in der Einleitung, vollkommen in der Beschreibung und glatt im Ausdruck. Im therapeutischen Theil finden wir eine genaue Anweisung zur Handhabung der angeführten Mittel.

Ein Buch wie dieses wendet sich an einen möglichst grossen Leserkreis; deshalb erscheint es nicht gerechtfertigt, Behandlungsmethoden zu übergehen, welche in den Händen vieler Autoren Gutes geleistet haben. Selbst dann ist hierfür noch kein Grund vorhanden, wenn Verf. diese Methoden selbst nicht rühmen kann. Wir finden z. B. nicht erwähnt die Punctur der unteren Muschel bei hypertrophischen Zuständen, ferner die Asch'sche Operation bei Deviation des Septums. Diese Versäumnisse sollten in eventuellen späteren Auflagen nachgeholt werden.

Die Ausführung des Werkes zeugt von peinlichster Sorgfalt und Gründlichkeit und verräth eine nicht unbedeutende persönliche Erfahrung.

Die ungewöhnlich guten Illustrationen, die Klarheit des Textes und ein erschöpfendes Register machen das Buch besonders werthvoll. Der Verf. hat ohne Zweifel unsere Literatur um ein gutes Werk bereichert. Emil Mayer.

---

b) **Cornelius Godfrey Coakley,** A. M., M. D. **Handbuch der Nasen- und Halskrankheiten. (A manual of diseases of nose and throat.)** Verlag von Lea Brothers & Co. New York u. Philadelphia. 1899.

In diesem kaum 500 Seiten starken Buch, welches für Studirende und Praktiker bestimmt ist, hat Verf. aus der Fülle der medicinellen und operativen Maassnahmen nur diejenigen herausgewählt und in eingehendster Weise beschrieben, welche ihm als die besten erscheinen. So werden z. B. im Abschnitt über die adenoiden Vegetationen des Nasopharynx nur die Löwenberg'sche Zange und die Gottstein'sche Curette als geeignete Instrumente zur Beseitigung derselben angeführt. Der Autor verfolgt eben nur das eine Ziel, seine eigenen Ansichten in einer möglichst knappen Form niederzulegen und dieses Ziel hat er auch erreicht. Ein besonderes Kapitel giebt eine Zusammenstellung von Recepten.

Die Sprache des Handbuchs ist glatt und klar. Zweifellos wird dasselbe sowohl dem Studirenden als auch dem beschäftigten Praktiker gute Dienste erweisen. Emil Mayer.

---

c) **M. Hajek. Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.** Mit 89 grösstentheils Originalabbildungen. Verlag von Franz Deuticke. Leipzig u. Wien 1899. 328 Ss.

Seit einer Reihe von Jahren fragten sich Hajek's Schüler, wann sein Lehrbuch erscheinen würde. Als dann ein Jahr nach dem anderen verstrich, ohne dass es herauskam, begannen sie daran zu zweifeln, dass es jemals erscheinen würde. Jetzt aber ist jede Besorgniss geschwunden. Das Werk ist da; es befindet sich bereits in den Händen vieler Leser, und deren Zahl wird sicher-

lich noch zunehmen, sobald die Nachricht vom Erscheinen des Buches erst weitere Verbreitung erfährt.

Hajek ist der Meinung, dass jeder Fortschritt in der Diagnose und Behandlung der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase durch eine genauere Kenntniss der normalen und pathologischen Anatomie dieser Theile zu Tage gefördert wurde und auch nur durch diese gefördert werden konnte. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, hat er bisher in seinen Vorlesungen und Cursen den anatomischen Verhältnissen das Hauptgewicht zugewendet und auch in dem vorliegenden Werke behandelt er die Anatomie der verschiedenen Nebenhöhlen in besonderen und ausführlichen Kapiteln.

Das Buch ist eingetheilt in einen allgemeinen und einen speciellen Theil; ersterer beschäftigt sich mit der Aetiologie, Symptomatologie und der Diagnose im Allgemeinen, wobei in erster Linie die excitirenden Ursachen der Nebenhöhlenentzündungen, sowohl der „genuinen“ (nach Influenza etc.), als auch der „fortgeleiteten“ (nach traumatischen Einflüssen, Zahnleiden etc.) besprochen werden, ferner die Art ihrer Entwicklung, die Tendenz mancher Fälle zu spontaner Heilung und die Neigung anderer zum Chronischwerden. Der Ausgang in Chronicität ist hauptsächlich anatomischen Eigenthümlichkeiten zuzuschreiben, durch welche die natürlichen Oeffnungen verlegt werden. Es gilt das wenigstens für die sogenannten „genuinen“ Nebenhöhlenentzündungen.

Die Symptome werden eingetheilt in locale, entfernte und solche, welche durch Complicationen entstehen. Unter den ersteren sind der Kopfschmerz und die Geruchsstörungen zu nennen, die bisweilen auf den Einfluss des Leidens auf die oberen Luftwege und den Magen zurückzuführen sind. Zu den entfernten Symptomen rechnet er gewisse allgemeine Veränderungen, die sich als congestive oder depressive Zustände charakterisiren.

Die Diagnose kann nur mit Hülfe der rhinoskopischen Untersuchung gestellt werden. Damit diese erfolgreich ausfällt, ist eine genaue Kenntniss der Anatomie der Nebenhöhlen, besonders der lateralen Nasenwandungen, absolut nothwendig. Daher wird dieser Theil der Anatomie vom Verf. am sorgfältigsten beschrieben. Und ebenso erschöpfend werden die Methoden besprochen, welche den Catheterismus der Oeffnungen des mittleren Nasenganges ermöglichen. Das Verständniss des allgemeinen Baues des Siebbeinlabyrinths ist sehr erleichtert durch ein bewunderungswürdiges, schematisches Diagramm (S. 26).

Der allgemeine Theil schliesst mit einer wohldurchdachten Beschreibung der Wege, auf welchen man zur Diagnose und Differentialdiagnose der entzündlichen Affectionen der ersteren oder vorderen Gruppe der Nebenhöhlen gelangt.

Der specielle Theil beschäftigt sich zuerst mit der Anatomie des Antrum maxillare, seinen typischen und gewissen anormalen Formen. Dann folgt die Aetiologie und pathologische Anatomie der entzündlichen Affectionen der Kieferhöhle, die subjectiven und objectiven Symptome, die Diagnose und Therapie.

In diagnostischer Hinsicht misst Verf. den Hauptwerth den Resultaten der Probepunction durch den mittleren Nasengang mit nachfolgender Irrigation oder Aspiration zu. Er macht dabei aber einige werthvolle Angaben über die unliebsamen Zwischenfälle, welche durch die Probepunction bedingt werden können,

und die besten Methoden, sie zu vermeiden. Die Durchleuchtung betrachtet er als ein werthvolles Hülfsmittel, das aber keinesfalls für die Diagnose entscheidend ist. Die conservative Behandlungsmethode mit Ausspülung durch die natürliche Oeffnung ist seiner Ansicht nach bei den acuten Empyemen von grossem Werth, jedoch nutzlos in chronischen Fällen. Wenn er die Eröffnung von der Alveole aus auch als empfehlenswerth anerkennt, so spricht er sich doch mehr zu Gunsten der intranasalen Methode durch den unteren Nasengang aus; er erkennt diese mehr an als die meisten anderen Autoren, obwohl er sie für viel weniger geeignet hält, als die Operationen von der Fossa canina aus.

Dieser letztgenannte Eingriff soll sich in relativ frischen Fällen auf eine zwecks Irrigation angelegte kleine Oeffnung beschränken; dagegen erscheint in veralteten Fällen die weite Abtragung der facialen Wand des Antrum nothwendig. Die Nach- und Nebenbehandlung besteht hauptsächlich in der regelmässigen Entleerung des Secrets, in Injectionen mit caustischen Lösungen von Argent. nitric., ferner in der intranasalen Behandlung der pathologischen Zustände, welche der Heilung im Wege stehen, wie Abtragung von Polypen oder anderen Anomalien im mittleren Nasengang und selbst Resection des vorderen Theils der mittleren Nasenmuschel.

Die auf die Stirnhöhlenentzündungen bezüglichen Punkte sind in der gleichen Weise geordnet. Verf. beschreibt die bemerkenswerthen Varietäten hinsichtlich der Weite des Hiatus semilunaris und die verschiedene Lage des Orificium frontale in dieser Rinne. Er ist geneigt, die Stirnhöhle zu catheterisiren, giebt jedoch zu, dass man dieses in einer grossen Anzahl von Fällen nicht ohne Entfernung des vorderen Endes der mittleren Nasenmuschel ausführen kann und dass selbst nach diesem Eingriff der Catheterismus noch häufig nicht durchführbar ist. Er beschreibt ausführlich die conservativen oder intranasalen Methoden, zu denen er die Resection der mittleren Muschel rechnet; diese führen auch bei chronischem Empyem manchmal noch zur Heilung, wie er das selbst in 9 von 27 Fällen constatiren konnte.

Die Schäffer'sche Punction hält er für unannehmbar aus vielen Gründen. Die chirurgischen Methoden bestehen entweder im Trepaniren oder in der Radicaloperation; bei Ausführung der letzteren giebt er der Kuhnt'schen Methode den Vorzug.

(Die Bezugnahme auf Figur 46, Seite 126 ist offenbar ein Irrthum. In der Bibliographie der Stirnhöhle vermissen wir die Untersuchungen von Tilley und Logan Turner.)

Es folgt die Beschreibung der Siebbeinzellen, zuerst der vorderen Gruppe. Ihre Anatomie ist durch viele Zeichnungen sowohl der typischen, als auch der abweichenden Formen illustrirt. Verf. citirt einige interessante Beispiele von übermässiger Ausdehnung der Siebbeinzellen nach vorn und nach hinten. Er protestirt gegen die Annahme der von Woakes beschriebenen nekrotisirenden Ethmoiditis und weist darauf hin, dass er als Erster die Unhaltbarkeit dieser Theorie dargelegt hat. Die verschiedenen Varietäten der geschlossenen Form der latenten Siebbeinempyeme sind durch schematische Zeichnungen (S. 199 und 200) trefflich illustrirt. Die Diagnose der offenen Form ist hauptsächlich dann zu

stellen, wenn nach Entleerung der Sinus frontalis und maxillaris der Eiter unmittelbar wiederkehrt. Obwohl man zuweilen den Ausfluss aus den Höhlen, welche zwischen Bulla und dem lateralen Ansatz der mittleren Nasenmuschel gelegen sind, direct beobachten kann, ist dies gewöhnlich doch nur nach Resection der mittleren Muschel möglich. Die Behandlung kann eine intranasale oder eine äussere sein; doch ist zu letzterer bloss dann zu schreiten, wenn die Affection zu einem Orbitalabscess mit oder ohne Fistelbildung oder zu meningitischen Symptomen geführt hat; ferner wenn die Eiterung trotz einer längere Zeit durchgeführten intranasalen Behandlung nicht weicht. Die Entfernung polypöser Auswüchse und anderer Hindernisse ist vor Allem vorzunehmen; erweist sich dies als ungenügend, so ist die weite Eröffnung der Siebbeinzellen indicirt. In vielen Fällen bewirken die rein intranasalen Operationsmethoden nicht die vollständige Heilung und Verf. erörtert deshalb gleich die Frage, ob man dann die äussere Operation ausführen soll oder nicht. Er versetzt sich selbst in die Lage des Patienten und denkt darüber nach, ob er, nachdem er von den Kopfschmerzen und anderen Depressionszuständen befreit worden ist, sich dazu verstehen würde, sich einer weiteren Operation zu unterwerfen, welche meist noch eine gewisse Entstellung des Gesichts mit sich bringt, oder ob er sich mit dem erreichten Zustand relativer Heilung begnügen würde, wenn er dabei auch etwas mehr Taschentücher verbraucht als andere Leute. Sollte man sich für die äussere Operation entscheiden, so hat man die Wahl zwischen der Kuhnt'schen und der Grünwald'schen Methode zu treffen, die H. beide näher beschreibt. Er selbst ist dafür, sich so lange als möglich auf die intranasale Behandlung zu beschränken.

Die combinirten Empyeme der vorderen Gruppe der Nebenhöhlen erfordern eine sorgfältige Beachtung. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass Stirnhöhlenempyeme bestehen können, ohne irgend welche subjectiven Symptome zu verursachen und dass das Antrum als Behälter für den Eiter dienen kann, welcher aus den Stirnhöhlen zum Hiatus semilunaris hinabfliesst. Das letztere tritt um so leichter ein, wenn der Processus uncinatus hypertrophisch und die mittlere Nasenmuschel so gebaut ist, dass der Hiatus semilunaris in einen tubulösen Canal mündet.

Die Anatomie der Keilbeinhöhlen wird erschöpfend beschrieben und durch vortreffliche Zeichnungen illustrirt, welche nach eigenen und Zuckerkandl-schen Präparaten verfertigt sind. Die Katheterisation dieser Höhlen wird ebenfalls eingehend besprochen. Hajek findet die Entfernung zwischen der unteren Nasenwand und der vorderen Wand der Keilbeinzelle variabel, aber nicht in einem sehr hohen Grade, es hängt das vom Alter des Individuums und seiner Schädelbildung ab. Bei Erwachsenen beträgt diese Entfernung 6—8 cm und nur bei Kindern unter 15 Jahren weniger als 6 cm. Zur Behandlung der Eiterung dieser Höhle empfiehlt Verf. die Vergrösserung der natürlichen Oeffnung oder die Anlegung einer künstlichen mit Hilfe seines Hakens.

Ein interessantes Capitel ist den Beziehungen der Sinuserkrankungen zur Ozaena gewidmet. Verf. citirt eine Reihe von Fällen und kommt zu dem Schluss, dass die Ozaena in der Mehrzahl der Fälle das Resultat einer Eiterung in gewissen Irritationsherden ist und dass die Secretion von Stellen herstammt, an denen die

Schleimhaut sich thatsächlich in einem hypertrophischen Zustande befindet, und nicht von atrophischen Stellen. Die Atrophie schreibt er dem Einfluss der eitrigen Secretion zu, welche über diese Partien beständig hinwegfliesst. Soweit stimmt Hajek also mit Michael und Grünwald überein, ohne jedoch deren Ausführungen in ihrem ganzen Umfange zu acceptiren.

Ein verhältnissmässig grosser Raum ist diesem anscheinend engen Gebiete gewidmet. Diejenigen aber, welche practisch auf demselben thätig sind, werden zugeben, dass die Grenzen des Gebietes durch die Schwierigkeit und Verschiedenartigkeit der einzelnen Fälle thatsächlich sehr weite sind, und die erfahreneren Specialisten werden das Bedürfniss nach einem Werke, in dem alle diese Schwierigkeiten durch eine unbefangene Discussion und ein exactes Studium klargestellt werden, längst empfunden haben. Alle aber, deren Erfahrung noch geringer ist, werden gut thun, dieses klar und verständlich geschriebene Werk gründlichst durchzuarbeiten. Der verständige Mittelweg, den Verf. bei der Erörterung der so weit auseinander gehenden Ansichten einhält, seine therapeutische Richtung, welche weder ultra-conservativ, noch ultra-radical ist, verdient besonders anerkannt zu werden. Wir haben die Ueberzeugung gewonnen, dass Hajek die Methoden der verschiedenen Autoren ihrem wahren Werthe nach eingeschätzt hat und wir zweifeln nicht daran, dass jeder aufmerksame Leser sich davon leicht überzeugen wird. Hajek's Buch darf als werthvolle Bereicherung der rhinologischen Literatur begrüsst und empfohlen werden. Dundas Grant.

---

d) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Siebente Jahresversammlung in Utrecht, 10. und 11. Juni 1899[1]).

Vorsitzender: Herr Guye.

In den Vorstand werden wiedergewählt die Herren Guye, Vorsitzender; Moll, Schatzmeister; Burger, Schriftführer, Bibiothekar. — Anlässlich eines Leitartikels von Felix Semon im Centralblatt (Juni 1899) wird einstimmig die folgende Resolution angenommen:

Die Gesellschaft spricht als ihre Meinung aus, dass bei allen künftigen internationalen medicinischen Congressen der Laryngologie sowohl wie der Otologie die Stellung voller und unabhängiger Sectionen gewährt werden soll.

I. H. Zwaardemaker (Utrecht). A. Ueber die acustische Bedeutung der Stapes-Extraction.

B. Demonstration von an Stotterern gewonnenen Graphiken.

Diese Curven der Sprachbewegungen sind mittelst der in der vorjährigen

1) Für den ausführlichen Sitzungsbericht s. d. Monatschr. f. Ohrenheilkunde.

Versammlung (s. Monatsschr. für Ohrenheilk. 1898, No. 9) demonstrirten Methode gewonnen. Es zeigt sich bei diesen Fällen, die sämmtlich auf fast erwachsene Personen sich beziehen, dass immer die Kiefer-, die Lippen- und die Zungenmuskeln sich constant an den choreatischen Bewegungen betheiligen. Sämmtliche Athemcurven sind normal.

Discussion: Sikkel, Zwaardemaker.

II. H. Burger (Amsterdam). Demonstration der experimentellen Recurrensparalyse und der experimentellen Porticusausschaltung.

Der Vortrag schliesst sich der Arbeit des Verf.'s im Archiv f. Lar. (Bd. IX, S. 203) an. Die Grossmann'sche Hypothese ist unhaltbar. Auch stützt sie sich auf theils ungenügende, theils unrichtige experimentelle Angaben. B. demonstrirt 2 Hunde mit beiderseits durchschnittenen Recurrentes; einen Hund mit exstirpirtem linken Posticus und einen Hund mit exstirpirtem linken Posticus und durchschnittenem rechten Recurrens. Das Larynxbild nach beiderseitiger Recurrensparalyse hat grosse Aehnlichkeit mit dem Bilde nach dem Tode und weist nicht die geringste Analogie mit der klinischen Medianstellung auf. Die posticuslosen Stimmbänder sind der Medianlinie näher gerückt als nach der Recurrensdurchschneidung. Sie zeigen noch deutliche, aber geringe respiratorische Excursionen, welche niemals die Cadaverstellung nach aussen hin überschreiten. Diese Experimente bestätigen durchaus die alte Auffassung der Posticuslähmung.

Discussion: Reintjes, Pel, Sikkel, Burger.

III. W. Posthumus Meyjes (Amsterdam). A. Ein Fall von Ictus laryngis.

Anfälle von plötzlich auftretender Bewusstlosigkeit bei einem starken Raucher, der einen chronischen Nasen- und Rachenkatarrh und geringes Gefässatherom hat. Einfaches Husten oder Lachen genügt, um einen Anfall auszulösen.

Discussion: Pel, van Leyden, Moll, Reintjes, Posthumus Meyjes.

B. Ein Fall von Carcinom des Mediastinum ant. bei einem Patienten mit Skoliose des Kehlkopfes.

Patient ist ein Mann von 60 Jahren mit Heiserkeit, geringer Empfindlichkeit beim Schlucken und Anfällen von Athembewegung. Starke Stauung im Gebiet der V. cava sup. Linksseitige Skoliose der unteren Hals- und oberen Brustwirbel. Die beiden Schildknorpelplatten machen einen abnorm scharfen Winkel, prominiren excessiv und stehen fast ganz transversal. Die Prominenz des Pomum Adami hat sich der Skoliose parallel entwickelt. Im Kehlkopfspiegel steht die Glottis fast transversal. In der rechten Fossa supraclavicularis ist eine Geschwulst fühlbar.

Die Section bestätigt die Diagnose Carcinoma mediastini.

Discussion: Burger.

IV. H. Braat (Arnheim). A. Die Anwendung von Formaldehyd in unserer Praxis.

B. hat von diesem Mittel in 1‰ ger Lösung gute Resultate bei chronischen



Kieferhöhlen- und Mittelohreiterungen gesehen. Auch bei Siebbeineiterung hat sich vorsichtige Anwendung einer 1 proc. Lösung bewährt.

Discussion: Zaalberg, Braat.

B. Asthmabehandlung.

Die neben der Nasenblutung immer nothwendige Allgemeinbehandlung wird von den Specialisten oft zu wenig berücksichtigt. Jeder Asthmatiker ist nervenkrank. B. lässt seine Patienten Zimmergymnastik machen, verordnet das Tragen mit Jäger-Wolle gefütterter Schuhe, resp. kameelwollener Strümpfe, empfiehlt kräftige Ernährung, kalte Waschungen, Aufenthalt in einem Thalklima mit gleichmässiger feuchter Temperatur. Die Resultate, die er mittheilt, sind, wenn auch die Behandlung resp. Controle lange Zeit beansprucht, sehr zufriedenstellend.

Discussion: Herr Zwaardemaker erinnert an die vor 4 Jahren von ihm entwickelte chemische Theorie des Asthma. Die Krystalle, Spiralen und eosinophilen Zellen des asthmatischen Sputums lassen sich am ungezwungensten durch die Annahme eines im Blut des Asthmakranken anwesenden und in Nase und Bronchien abgesonderten hypothetischen Stoffes erklären. Dieser Stoff reizt die Schleimhaut zu chronischen Entzündungen und verursacht in der Nase die nach der Behandlung recidivirenden myxomatösen Hypertrophien.

V. N. Saxtorph Stein (Kopenhagen). Untersuchungen über die Gehörorgane dänischer Locomotivbeamten und über das Signalgehör.

VI. G. D. Cohen Tervaert (Haag). Thrombose beider Sinus cavernosi als Complication einer Mastoiditis suppurativa mit Ausgang in Genesung.

VII. P. J. Mink (Zwolle). Die Behandlung von Nasenrachenaffectionen durch die Nase.

M. gebraucht seit Jahren für die Behandlung des Nasenrachenraumes improvisirte Wattеträger von Kupferdraht von Katheterform, mit denen man an jeder beliebigen Stelle des Nasenrachenraumes Medicamente appliciren, auch dieselben massirender Weise einreiben kann. Hypertrophien der Seitenstränge, die oft von Katarrhen der unteren Nasengänge abhängig sind, wurden auf diese Weise erfolgreich behandelt, ebenso wie weichere adenoide Vegetationen.

Discussion: Posthumus Meyes, Burger, Cohen, Tervaert.

VIII. W. Schutter (Groningen): A. Ein Fall von Tumor tracheae.

Eine Geschwulst im oberen Abschnitt der Trachea wurde nach Tracheotomie entfernt, recidivirte aber und verursachte Stenosenerscheinungen. Jetzt wurden Injectionen von Liquor ferri nach Schrötter in die Geschwulst gemacht. Es trat unmittelbar Erstickung mit eminenter Todesgefahr ein, die durch Tracheotomie und künstliche Athmung gehoben wurde. Nachdem Pat. eine Pneumonie und einen Lungenabscess durchgemacht hatte, wurde sie mit einer stenosirenden Narbe ohne Canüle entlassen.

B. Ein Fall von Fremdkörper in der Luftröhre.

Ein Sequester aus der Nase war in die Trachea herabgefallen. Es wurde zu der Tracheotomie unter localer Anästhesie geschritten. Als der Hautschnitt gemacht worden war, trat ein Hustenanfall ein, bei dem der Fremdkörper herausbefördert wurde.

C. Ein Fall von Hemianästhesie mit gleichzeitiger Hemiplegia laryngea.

Ein 19jähriger Pat. mit fast vollständiger Hemianaesthesia sinistra. Auch die Schleimhaut der linken Hals- und Mundhälfte ist anästhetisch. Pat. ist heiser. Das linke Stimmband ist paralysirt. Elektrische Reizung nach Cocain ergiebt: Faradische Reizung: beim gleichen Rollenabstand gleich schnelle und kräftige Contractionen auf beiden Seiten. Galvanische Reizung: KSZ gleich schnell und energisch auf beiden Seiten bei 1,5 M-A. ASZ links bei 2—3 M-A. Die Sensibilitätsstörungen schwinden unter psychischer Behandlung. Drei Jahre später ist die Stellung der Stimmbänder, sowie die elektrische Reaction unverändert; das Stimmband ist nicht atrophisch. Hieraus schliesst S., entgegen der Semon'schen Lehre, auf ein corticales Leiden.

Discussion: Pel, Burger, Posthumus Meyjes, Schutter.

IX. P. G. Brondgeest (Utrecht): Demonstration einer Patientin mit Tumor laryngis.

Ein grosses, von dem vorderen Theil des rechten Taschenbandes breit entspringendes Fibrom.

X. A. Huysman (Utrecht): A. Demonstration eines Falles von doppelseitiger Posticusparalyse bei Syringomyelie.

Die Symptome der Syringomyelie debütirten mit Skoliose; später doppelseitige Posticusparese, die zur vollständigen Paralyse geworden ist. In der letzten Zeit auch Paresen der Kehldeckelmuskeln.

B. Beitrag zur Diagnose der tertiären Rachensyphilis.

Bei einer 63jährigen, sonst immer gesunden Dame seit 3 Jahren wiederholte, sehr acut im Mund und Rachen auftretende und nach 3—4 Wochen wieder verschwindende Eruptionen von runden, schmerzhaften, scharfrandigen, mit adhärentem Belag bedeckten, oberflächlichen, jeder Behandlung trotzenden Ulcerationen. Naseneiterung ohne nachweisbare Ulceration. Abnahme der Kräfte und des Körpergewichts. Aphthen, Tuberculose und Malleus chron. werden ausgeschlossen und die Diagnose „Syphilis ignorée", auch auf Grund circinärer Geschwüre an den Beinen und Genitalien, gestellt.

XI. P. Th. L. Kan (Leiden): Demonstration einer Patienten mit geheilter Sinusthrombose.

XII. W. Posthumus Meyjes: A. Demonstration einer Patientin mit einer Glandula thyreoidea der Zungenbasis.

Die 24jährige Patientin hat seit den Kinderjahren ein Fremdkörpergefühl im

Halse. Die rechte Hälfte der Zungenbasis wird von einer halbkugelförmigen, dunkelrothen, mit Gefässectasien versehenen, glatten, festen, schmerzlosen Geschwulst eingenommen. Die normale Schilddrüse ist nicht zu fühlen.

Discussion: Reintjes.

B. Demonstration von einigen Patienten, bei denen der Sinus frontalis und das Antrum Highmori radical operirt worden sind.

M. macht den Hautschnitt der Frontaloperation in und über die ganze Länge der Augenbraue. Aus cosmetischen Rücksichten verlängert er den Schnitt nicht nach der Nase hin, und entfernt er aus der vorderen Sinuswand nicht mehr, als zur sorgfältigen Ausschabung der Höhle dringend erforderlich ist. Er erweitert die Oeffnung nur nach dem inneren Augenwinkel hin und stellt eine bleistiftdicke Communication mit der Nase dar. Wenn nöthig, werden nun auch die vorderen Siebbeinzellen behandelt. Darauf Aetzung mit 5proc. Chlorzinklösung, lose Jodoformgazetamponade nach der Nase zu und Verschliessung der ganzen Hautwunde. Vor Beginn der Operation entfernt er mit dem Conchotom den vorderen Theil der mittleren Muschel.

Die Operation der Kieferhöhle macht er nach Luc.

Zur Perforation der lateralen und medialen Antrumwand bedient er sich der elektrischen Trephinen.

Herr Zaalberg zeigt einen von ihm angegebenen Haken zur Fixirung des Hautlappens bei der Frontaloperation.

Discussion: Moll, Sikkel, Posthumus Meyjes, Burger.

XIII. H. van Anrooy (Rotterdam): A. Demonstration eines Falles von Trauma laryngis.

Der Pat. ist vor 2 Monaten mit dem Hals auf den Rand eines Wagens gefallen. Sogleich Schluckschmerzen, Athembehinderung, Blutauswurf. Vorübergehende Schwellung am Halse. Starke Schwellung und Fixirung der rechten Kehlkopfhälfte; auch Schwellung links. Die Tracheotomie ist dringend angezeigt, wird aber verweigert. Die zunehmende Schwellung und Schmerzhaftigkeit lässt auf eine Perichondritis thyreoidea post fracturam schliessen.

Discussion: Guye.

B. Demonstration eines Tonsillolithen.

Der linke vordere Gaumenbogen war vorgebaucht und gelblich verfärbt, als ob ein Abscess durchschimmerte. Mit der Sonde wurde der grosse Mandelstein gefunden.

C. Demonstration eines Choanalpolypen.

Ein stattliches Exemplar, das bei der Digitalexploration gelöst und per os entfernt wurde.

XIV. F. Schultze (Duisburg): Die chirurgische Behandlung des Nasenlupus.

Hauptprincip ist die totale Excision. Die Behandlung des Schleimhautlupus



besteht in Spaltung der Nase in der Mitte und Extension der Nasenflügel, Exstirpation, Transplantation der sämmtlichen Wundflächen. Sind innere und äussere Nase erkrankt, so wird in erster Linie nur die Heilung der äusseren Hautdecken erstrebt und später der Schleimhautlupus behandelt. Bei Rückwärtslagerung der Nasenpfeiler werden dieselben mit möglichst dickem Durchmesser gelöst und an ihrer ursprünglichen Stelle aufgerichtet; weiter Plastik aus der Stirn. Die Stenosen der Nasenlöcher erfahren, ohne Plastik, durch die Extensionsmethode die denkbar beste Correctur.

Discussion: Posthumus Meyjes, Schultze, Moll.

XV. C. Reinhard (Duisburg): Beitrag zur Hammer-Amboss-Excision.

XVI. A. A. G. Guye (Amsterdam): Ueber Agoraphobie in Beziehung zu Ohrenleiden.

XVII. H. Zwaardemaker: A. Demonstration eines Apparates für die Untersuchung von Phonogrammen von Dr. J. D. Boeke (Alkmaar).

Der Apparat dient zur mikroskopischen Messung der Eindrücke auf dem Phonographen-Cylinder. Boeke misst die Breite und berechnet aus derselben die Tiefe der Glyphik. Aus den gemessenen Eindrücken eines in den Phonographen gesprochenen Vocals bestimmt er durch Analyse die Eigenart der Obertöne, die im Munde mit dem Grundton vibrirt hatten.

B. Eine neue Methode zur Reinigung des Olfactometers.

Z. lässt zur Reinigung der Innenröhre des Riechmessers von anhaftenden Riechstoffen, mit Hülfe der Bunsen'schen Wasserstrahlluftpumpe, einige Liter trockener Luft und, wenn es sich um sehr adhärente Gerüche handelt, bis zu einem Kilo trockenen Sandes durchströmen. H. Burger.

---

e) Belgische oto-laryngologische Gesellschaft in Brüssel.

Sitzung vom 4. Juni 1899.

Vorsitzender: Dr. Boland.

Anwesend sind 29 Mitglieder und 4 Gäste.

Nach Begrüssung der Gäste und Erledigung der Bureauangelegenheiten werden ein paar Modificationen der Statuten beschlossen und der Präsident für das kommende Jahr Rousseaux (Brüssel) einstimmig gewählt. Die nächstjährige Versammlung wird wieder in Brüssel abgehalten.

Als Tagesfragen werden aufgestellt:



1. Lupus der Nase; Pathogenie und Behandlung. Berichterstatter: Delie und Goris.

2. Serotherapie der Diphtheritis. Berichterstatter: Broeckaert und Capart.

Zuerst werden die Tagesfragen, welche otologische Themata betreffen, abgemacht, und dann finden Krankenvorstellungen statt.

Delsaux stellt 2 Fälle von Larynxtuberculose vor, welche schon seit mehr als 10 Jahren geheilt sind.

Goris stellt ein junges, vor 2 Jahren von ihm vorgeführtes Mädchen vor, an welchem er wegen beginnender Larynxtuberculose die Thyrotomie vorgenommen hatte und bei der die Heilung fortbesteht; ferner eine Kranke, an welcher er am 13. Februar wegen Empyems der Sinus maxill. und ethmoid. die Decortication der Gesichtsmaske ausgeführt hatte. Bei der Operation fand sich im Siebbein ein sperlingseigrosser Abscess vor.

Daraufhin werden Präparate vorgezeigt.

Bayer weist zwei (kupferne) Zweicentimestücke vor, welche von $2^1/_2$- und 3jährigen Kindern verschluckt worden waren. Die eine Münze bei dem 3jährigen Knaben hatte sich im Oesophagus festgekeilt und legt B. die Radiographie davon vor; sie wurde in der Narkose künstlich per os entfernt, die andere ging von selbst mit einem Gericht Spinat ab.

Beco zeigt ein kirschengrosses Mandelfibrom vor, welches am oberen Theil der linken Mandel inserirt auf der Zunge auflag; Länge 45 mm; Diameter 5 bis 9 mm; ferner führt B. einen Fall an von voluminöser Geschwulst der Nasenhöhle, welche auf natürlichem Wege entfernt wurde. Dieselbe betraf ein Spindelzellensarkom, welches geheilt der Nasenscheidewand aufsass und sich zu einem Tumor entwickelt hatte, der pflaumengross aus der Nase hervorragte; endlich berichtet er noch über einen Fall von bösartiger Neubildung in der Nase, deren Entfernung nach dreimaligen vergeblichen intranasalen Eingriffen die temporäre Resection der Nase mit darauffolgender Auslöffelung bis zur Lamina cribr. erheischte.

Laurent zeigt folgende Präparate vor:

1. retropharyngeale präbasiläre Lymphdrüsen; er fand dieselben am Neugeborenen und bei mehrere Monate alten Kindern vor, in der Zahl von 1, 2 und 3 Stück, manchmal auch 4, von verschiedenen Dimensionen.

2. ergeht er sich in einigen Worten über die Entwicklung der verschiedenen Höhlen des knöchernen Schädels mit Demonstrationen: die Warzenfortsatzhöhle existirt schon beim Fötus vom 6. Monat und ist wahrscheinlich die erstformirte; die Siebbeinzellen sind vorhanden beim Fötus von 7 Monaten; die Kieferhöhle ist deutlich angedeutet bei der Geburt; die Stirnhöhlen zeigen sich wahrscheinlich gegen das 2. Lebensjahr und die Keilbeinhöhlen scheinen sich zuletzt zu entwickeln.

3. zeigt er ein Präparat vor, an welchem er die Drainage der Siebbeinzellen durch den Sinus max. hindurch darlegt und beweist, wie leicht es ist, durch die eingebrochene vordere Wand des Sin. maxill. in die Siebbeinzellen vorzudringen.



Bayer zeigt einen Dilatator zur forcirten Dilatation der Nasenhöhlen vor, und Posthumus Meyjes ein Conchotom nach dem Typus des Grünwald'schen, nur 3mal stärker.

In der Nachmittagssitzung werden folgende Mittheilungen gemacht:

Bayer spricht über einen Fall von beinahe vollständigem Trachealverschluss durch ein Neoplasma, welches aus einer alten Tracheotomienarbe hervorgewuchert war. Dasselbe war specifischer Natur und gelang es dasselbe durch directe intratracheale Behandlung, verbunden mit interner specifischer Behandlung vollständig zum Verschwinden zu bringen.

Broeckaert theilt einen Fall von Melanosarkom des Gaumensegels mit bei einem 72jährigen Bauer, bei welchem ein grosser Theil des weichen Gaumens und vorn noch der hintere Theil des harten Gaumens von einem Tumor eingenommen war von der Form einer in 2 Theile geschnittenen Aprikose, die man darauf applicirt hatte. Die Operation in der Rose'schen Kopflage verläuft dank dem Thermokauter beinahe unblutig. Die mikroskopische Untersuchung (Van Duyse) ergiebt ein Spindelzellenmelanosarkom, das seinen Ursprung wahrscheinlich im Drüsenzwischengewebe genommen, aber keineswegs aus bestimmt ausgesprochenen Gewebselementen zusammengesetzt ist.

Capart macht einige Bemerkungen bezüglich der Behandlung der Kieferhöhlenentzündungen; er betont hauptsächlich zwei Punkte:

1. es sei falsch, dass man die Kieferhöhlenentzündungen nicht heilen könne ohne blutige Intervention, die übrigens nicht gefahrlos sein könne,

2. es sei schwierig, vor Anfang der Behandlung eine Vorhersage der Dauer der Affection zu machen.

Zum Beleg führt er 3 kürzlich beobachtete Fälle an.

Janquet spricht über die Anwendung des Bromäthyls und bestätigt von Neuem seine vor 2 Jahren mitgetheilten Erfahrungen; sodann geht er auf die Adenotomie in der ersten Lebenszeit über; man könne nicht früh genug operiren. Er führt den Fall eines $5^1/_2$ Monate alten Kindes an, an welchem er die Operation vorgenommen, nachdem er zuvor einen Retropharyngealabscess hatte eröffnen müssen.

An der Discussion, die, wie vorauszusehen, im Allgemeinen nichts Neues bringt, betheiligen sich Delstanche, Cheval, Bayer, Hennebert und Beco. Letzterer hat Kinder im Alter von 2 Tagen bis zu $2^1/_2$—3 Monaten operirt. Die Discussion dreht sich hauptsächlich um die blutige und unblutige (elektrothermische) Methode. Ein Jeder spricht seiner Methode das Wort, auch an Lobpreisungen fehlt es nicht.

Schliesslich führt Janquet noch einen interessanten Fall an von Extraction eines voluminösen Fremdkörpers des Kehlkopfes: ein künstliches Gebiss, welches in einem Zustand von Bewusstlosigkeit verschluckt worden und im Kehlkopfeingang sich festgekeilt hatte, ohne dass die Trägerin sich der Ursache ihres Uebels bewusst gewesen wäre. Nach 8tägigem Aufenthalt in der inneren Klinik

erkannte man die Nothwendigkeit einer laryngoskopischen Untersuchung, und J. erkannte und entfernte mit ebenso grosser Leichtigkeit das Corpus delicti.

Moury präsentirt mehrere Fälle von Prothese nach chirurgischen Eingriffen am Gesicht: Nasendefecte; Ersatz eines halben Unterkiefers nach Exstirpation wegen Osteosarkoms, eines Oberkiefers mit Gaumen nach Resection wegen Epithelioms; ferner stellt er zwei Fälle von doppelter Fractur des Unterkiefers vor, welche nach seiner Methode behandelt waren: vollständige Heilung innerhalb 30 Tagen.

Posthumus Meyjes theilt einen Fall mit von accessorischer Schilddrüse der Zungenbasis und legt eine Zeichnung davon vor. Dieselbe stellt einen halbkugeligen Tumor dar, der die rechte Hälfte der Zungenbasis einnimmt, hinter den Papill. circumvallat. beginnt und sich ungefähr 3 cm in sagittaler Richtung erstreckt.

Natier legt eine Arbeit über zwei Fälle gutartiger Mycose des Rachens vor, desgleichen

Olivier eine Mittheilung über „nervöse Aphonie und Dysphonie" mit Einschluss 3 einschlägiger Fälle.

Zum Schluss macht Gevaert noch eine interessante Mittheilung über ein Lymphosarkom des Pharynx mit aussergewöhnlich anormalem Verlauf. Die Geschwulst hatte an der rechten Mandel begonnen, von da auf die Gaumenbögen und die rechte Hälfte des Gaumensegels übergegriffen und war nach Eliminirung der Geschwulst durch Gangrän auf die Zungenmandel übergegangen, welche das gleiche Schicksal erlebte. Zu gleicher Zeit wurde die Epiglottis in Mitleidenschaft gezogen, und auch sie verfiel der Gangrän und wurde auf einen Stummel nach Art eines Hahnenkamms reducirt. Darauf begann die hintere Rachenwand sich zu infiltriren und überragte als kastaniengrosser Tumor den Larynxeingang. G. wird später über den weiteren Verlauf berichten und weist bezüglich der Prognose auf einen anderen Fall hin, den er vor 7 Jahren bei einer 44jährigen Frau beobachtet hat, die kurze Zeit darauf einer allgemeinen Sarcomatose erlag.

Bayer.

III. Briefkasten.

Professor Josef Gruber †.

Am 31. März verschied zu Wien nach kurzer Krankheit im 73. Lebensjahre Professor Josef Gruber, der berühmte Ohrenarzt. Obwohl das Centralblatt sich grundsätzlich darauf beschränkt, Personalnachrichten nur über Angehörige seines eigenen Wirkungskreises zu bringen, können wir uns nicht versagen, unserer Collegin, der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde sowie für Kehlkopf-Nasen-Rachenkrankheiten" unser aufrichtiges Beileid über den Verlust ihres verehrten Herausgebers auszusprechen. Der grossen Verdienste des Verstorbenen um sein engeres Fach, seiner prächtigen persönlichen Eigenschaften hier ausführlicher zu gedenken, müssen wir uns zu unserem Leidwesen versagen.

British Medical Association.

Sixty-eighth Annual Meeting, Ipswich, July 31st. August 1st, 2nd and 3rd. 1900.

Section K: Laryngology and Otology.

President: Scanes Spicer, M. D.
Vice-Presidents: Herbert Tilley, M. D., Wm. Milligan, M. D.

Dear Sir,

The Meeting of the British Medical Association will be held this year in Ipswich from July 31st to August 3rd inclusive.

It has been decided to hold a combined Section of Laryngology and Otology under the Presidency of Dr. Scanes Spicer.

Foreign visitors will be cordially welcomed in the Section, and are requested to send in their names, together with the title of any communication they may wish to make, as soon as possible to the Honorary Secretaries.

There will be two set subjects for special discussion, viz.:

„The Indications for Intranasal Treatment in Ear Disease.“ Introduced by Dr. P. McBride. Dr. Edward Law. and Mr. Cresswell Baber. and

„The Pathology and Treatment of Toxic Paralyses of the Larynx.“ Introduced by Dr. Watson Williams and Mr. Herbert Tilley.

Gentlemen having any specimens of interest. Röntgen ray photographs, etc., connected with the subjects of the Section, are invited to exhibit them at the meeting and to forward them, carriage paid, before Saturday, July 28th, to Dr. A. Y. Pringle, 64, St. Matthew's Street, Ipswich.

It would greatly facilitate the working of the Section if, at your earliest convenience, you would let us know whether you purpose taking any part in the discussion, or intend reading a paper, making any communication, or exhibiting specimens, etc., in the Section.

It is particularly requested that titles of papers or communications be sent to us as soon as possible, and abstracts of such not later than June 15th, so that they may be duly notified in the Journal.

We are, yours faithfully,

Lambert Lack, M. D., 48, Harley Street, W. } Hon.
A. Y. Pringle, M.R.C.S., L.R.C.P., 64, St. Matthew's Street, Ipswich. } Secs.

All communications to be addressed to „The Secretaries“, 48, Harley Street, London, W.

Extract from Regulations for the Conduct of Annual Meetings of the British Medical Association.

1. Papers at the Sectional Meetings must not occupy more than fifteen minutes in reading, and no subsequent speech must exceed ten minutes.

2. Authors are requested to send short Abstracts of their Papers not later than Friday, June 15th (written in English or accompanied by a translation), to the Secretary of the Section, so that they may be forwarded by him in time to be set up in type.

Siebente Versammlung süddeutscher Laryngologen.

Sehr geehrter Herr College!

Die siebente Versammlung süddeutscher Laryngologen wird am 2. Pfingstfeiertage, Montag, den 4. Juni in Heidelberg stattfinden.

Die Herren Collegen, welche Vorträge oder Demonstrationen zu halten beab-

sichtigen, werden gebeten, ihre Themata längstens bis zum 20. April dem Unterzeichneten zuzusenden.

Die ausführliche Tagesordnung wird am 1. Mai versendet werden.

Mit collegialem Grusse

Augsburg, 20. III. 1900. I. A.: Dr. Hedderich,
Maxstr. C 4. Schriftführer.

Vorläufige Mittheilung: Zur Discussion steht das Referat des Herrn Avellis (Frankfurt a. M.) von der 6. Versammlung: Stimmermüdung und Stimmhygiene. — Bis jetzt angemeldete Vorträge: 1. Herr Jurasz (Heidelberg): Ueber die phonatorische Thätigkeit der Mm. cricoarytaenoidei postici. 2. Herr Killian (Freiburg i. B.): Thema vorbehalten. 3. Herr Magenau (Heidelberg): Ueber die sog. Vertebra prominens im Nasenrachenraum. 4. Herr Müller (Heidelberg): Demonstration einer eigenthümlichen Anomalie im Nasenrachenraum. 5. Herr Seifert (Würzburg): Das Lymphosarcom der Gaumen- und Zungentonsille. 6. Herr Hedderich (Augsburg): Ueber complicirtes Schleimhauterysipel.

Fünfter Congress der italienischen laryngo-otologischen Gesellschaft.

Der Congress hat am 26. und 27. April in Neapel stattgefunden. Die vom 26. März datirte Einladung nebst dem Programm der allgemeinen Discussionen ist uns leider zu spät zugegangen, um rechtzeitig veröffentlicht werden zu können. Das Centralblatt wird später einen Bericht über den rhino-laryngologischen Theil der Verhandlungen bringen.

Cursus für Aerzte, welche an Taubstummenanstalten beschäftigt sind.

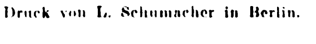
Von dem preussischen Cultusministerium ist eine neue, sehr dankenswerthe Einrichtung getroffen worden: Am 14. Mai dieses Jahres beginnt Vormittags 9 Uhr in der Königlichen Taubstummenlehrerbildungsanstalt zu Berlin, Elsasserstr. 86/88, ein drei Wochen dauernder Cursus für Aerzte, welche an Taubstummenanstalten beschäftigt sind. Derselbe wird sich auf das Gebiet der Gehör-, Sprach- und Sehorgane, sowie auf das Taubstummenbildungswesen und den Verkehr mit Taubstummen erstrecken. Die Anstaltsärzte sollen auf Grund dieser Ausbildung zur Ausübung einer nutzbringenden ärztlichen Thätigkeit bei den ihrer ärztlichen Fürsorge anvertrauten Taubstummen und weiterhin dafür befähigt werden, den Lehrern als ärztliche Berather und Mitarbeiter bei dem weiteren Ausbau des Taubstummenbildungswesens zur Seite zu stehen. Der Cursus steht unter der Leitung der Herren: Geh. Obermedicinalrath Dr. Schmidtmann und Geh. Regierungsrath Prof. Dr. Waetzoldt. Die einzelnen Vorträge und praktischen Uebungen vertheilen sich auf folgende Herren: Geh. Obermedicinalrath Dr. Schmidtmann wird über schulärztliche Thätigkeit im Allgemeinen vortragen, Schulrath Director Walther über Taubstummenbildungswesen, Dr. Arthur Hartmann über die ohrenärztliche, Oberstabsarzt Dr. Landgraf über die laryngologische, Prof. Dr. Silex über die augenärztliche Thätigkeit bei Taubstummen und Dr. Hermann Gutzmann über die Physiologie und Psychologie der Sprache sowie über die häufigsten Sprachstörungen.

Diese Vorträge finden an fünf Tagen der Woche statt, während der sechste Wochentag für Besichtigungen von Einrichtungen und Anstalten unter fachmännischer Leitung frei bleiben wird.

Als Hospitanten sind zu den Cursen auch diejenigen Taubstummenlehrer zuzulassen, welche Zwecks Vorbereitung auf die Vorsteherprüfung an die hiesige Königliche Taubstummen-Anstalt berufen werden.

Zur Theilnahme an dem Cursus wird aus jeder Provinz zunächst je ein Anstaltsarzt durch den Herrn Ober-Präsidenten einberufen werden.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. **Berlin, Juni.** **1900. No. 6.**

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **A. Lewandowsky** (Berlin). **Kritisches zur Lehre von der Athmungsinnervation.** *Centralbl. f. Physiol. XIII. No. 17. 11. November 1899.*

Auseinandersetzung mit einigen dissentirenden Autoren; sonst nichts Anderes als schon bisher Veröffentlichtes.

A. ROSENBERG.

2) **James M. Crawford. Mundathmung. (Mouth breathing.)** *Georgia Journ. of Medicine and Surgery. Juli 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

3) **J. L. Bunch. Ueber Mundathmung. (On mouth breathing.)** *Edin. Med. Journ. Juli 1899.*

Es werden die verschiedenen Momente aufgezählt, die der Athmung durch die Nase ein Hinderniss setzen können, sowie die hieraus resultirenden Schäden.

LOGAN TURNER.

4) **Matthaei** (Danzig). **Das Sportathmen, ein hygienisches Hilfsmittel bei Nasen-, Rachen- und Ohrenkrankheiten.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 11. 1899.*

Das Sportathmen besteht in möglichst stundenlangem Tiefathmen bei geschlossenem Munde bis zur äussersten Grenze der Möglichkeit mit Anhalten des Athmens auf etwa $^1/_4$ Minute oder 4—8 Schritte beim Gehen; dabei dauernde Enthaltung von allen alcoholischen Getränken. Es löst die Borken in Nase und Rachen und macht die Schleimhaut feuchter, die Muscheln schwellen ab, die Ohrtrompeten werden wieder durchgängig.

SCHECH.

5) **Suchannek** (Zürich). **Ueber Scrophulose, ihr Wesen und ihre Beziehungen zur ruhenden Tuberculose der Mandeln, Halslymphdrüsen und benachbarter Organe.** *Bresgen's Sammlung. Bd. I. Heft 11.*

Die Arbeit beginnt mit einem historischen Rückblick auf die vielen Phasen,



die die Anschauungen vom Wesen der Tuberculose und von ihrer Beziehung zur Scrophulose durchgemacht haben bis zu dem Moment, wo Koch bakteriologisch, Baumgarten pathologisch-anatomisch in den Wust von Meinungen Klärung brachte. Diese gipfelte in dem Lehrsatz: „Die Scrophulose der Drüsen, Knochen und Gelenke ist eine örtliche Tuberculose."

Dadurch ward der Nasenheilkunde wie der Ophthalmologie und Otologie das Zeichen gegeben auch ihrerseits die überlieferten Anschauungen über das Wesen der „scrophulösen" Nasen- und Rachenerkrankungen auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen.

Die raschen Erfolge der Beseitigung von Hindernissen der Nasenathmung und das dadurch bewirkte Schwinden von als „Scrophulose" gedeuteten rhinitischen und eczematösen Erscheinungen, die Beseitigung der dadurch hervorgerufenen Drüsenschwellungen bewiesen, dass wenigstens dieser Theil der sogenannten Scrophulose nichts Eigenartiges darstelle.

Andererseits mussten manche Geschwürsformen, lupöse Rhinitiden, dauernde Halsdrüsenschwellungen mit oder ohne Verkäsung etc. direct der Tuberculose zugesprochen werden.

Verfasser bespricht ausführlich die Untersuchungen an scrophulösen Drüsen und die Impfversuche von Koch etc., welche keinen Zweifel liessen an der tuberculösen Natur derselben und erörtert die Ursachen, welche bei manchen Autoren ein negatives Beweisergebniss bewirkten.

Die Halsdrüsentuberculose ist eine typische Einimpfungstuberculose analog den Fällen z. B. von Leistendrüsenerkrankung erzeugt durch den Mund eines tuberculösen Rabbiners bei der Beschneidung. Die Infectionspforte ist der lymphatische Rachenring, insbesondere die Mandeln. Das beweisen die in extenso angezogenen Arbeiten von Strassmann und namentlich von Dmochowski und Schlenker (Hanau).

Aus denselben ergiebt sich die häufig vorhandene tuberkulöse Erkrankung der Mandeln und zugehörigen Halsdrüsen bei Tuberculösen. Die Erkrankung ist äusserlich nicht erkennbar, da sie in den Krypten beginnt, hier Tuberkelknötchen und specifische Ulcera erzeugend, oft aber auch nach Dmochowski lediglich gekennzeichnet durch massenhaftes Vorhandensein von Tuberkelbacillen in den Lymphbahnen ohne irgend gewebliche Veränderung („diffuse Mandeltuberculose").

Da, wo der Nachweis der Ansteckung durch die Mandeln nicht gelingt, kann ein Durchpassiren der Bacillen ohne Haftung stattgefunden haben oder eine nachträgliche Resorption der tuberculösen Infiltrate.

Die Inficirung der Mandeln erfolgt durch bacillenhaltige Nahrung, meist aber durch Einsaugen des bacillenhaltigen Auswurfs in die Krypten der Tonsillen.

Verfasser nimmt für einzelne unaufgeklärte Fälle von Drüseninfection als Ort des Eindringens die nicht untersuchten übrigen Theile des lymphatischen Ringes an. Endlich muss man auch, nachdem die placentare Uebertragung zweifellos geworden ist, namentlich bei isolirter Erkrankung einer oder der anderen Drüse an directe Vererbung denken (Baumgarten).

Da man es nach dem Gesagten den zu grossen Mandeln nicht ansehen kann, ob sie nicht bereits einen Infectionsherd enthalten, so ergiebt sich in praxi die Nothwendigkeit ihrer jedesmaligen gründlichen Entfernung.

Die Durchsicht der zahlreiche werthvolle Einzelheiten enthaltenden äusserst lehrreichen Arbeit wird jedem Collegen Freude bereiten. REIMERS (ZARNIKO).

6) **O. Chiari** (Wien). **Ueber die Tuberculose der oberen Luftwege.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 45—47. 1899.*

Das sehr sorgfältige Referat hat Verf. in der Sitzung der Tuberculose-Commission der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in München erstattet. Wir geben das Resumé mit den Worten des Autors: „In den obern Luftwegen, namentlich in dem Nasenrachenraum, in den Mandeln und auch in der Nase, gelegentlich auch im Rachen, Munde und Kehlkopfe finden sich manchmal primäre tuberculöse Herde, so in den adenoiden Vegetationen der Kinder in ca. 5 pCt. Auch erkranken Nasenrachenraum, Mandeln, Nase, Rachen und Mund viel öfter secundär an Tuberculose, als man früher glaubte. Infection der obern Luftwege kann in primären Fällen erfolgen durch die Athmungsluft (seltener), inficirte Fremdkörper (Finger), Lufteinblasung in den Mund durch phthisische Personen, Küssen etc. Secundär werden die obern Luftwege gewöhnlich inficirt durch das Sputum aus den kranken Lungen, manchmal durch die Blutbahn bei miliarer Tuberculose, am seltensten durch die Lymphbahn von den Lungen her, wie dies einzelne Forscher annehmen und durch retrograde Bewegung des Lymphstromes zu den Mandeln und dem Kehlkopfe erklären. Infection andrer Organe und des Gesammtorganismus von den obern Luftwegen her. 1. Das Verschlingen des Secretes tuberculöser Geschwüre in den obern Luftwegen kann den Larynx und den Darmtract inficiren. Dieser Modus dürfte sehr selten sein bei den meist latenten primären Formen der Tuberculose im Nasenrachenraum und Mandeln, weil sie sehr wenig Secret liefern. 2. Für die Aspiration in Luftröhre und Bronchien gilt dasselbe. 3. Uebergreifen der Geschwüre auf die Nachbarschaft. 4. Das Secret tuberculöser Geschwüre des Cavum pharyngonasale kann direct in die Tuba Eustachii gelangen. 5. Bacillen können vom Cav. phar.-nas. auf dem Wege der Lymphbahn ins Mittelohr dringen. 6. Aus Wunden von tuberculösen Rachenmandeln oder Gaumenmandeln oder Lupus oder von zerfallenden Lymphdrüsen können Bacillen in die Blutbahn gelangen (wahrscheinlich nur ausnahmsweise). 7. Von der Rachenmandel aus können retropharyngeale Lymphdrüsen erkranken und von da die Halswirbel. 8. Auf demselben Wege die Meningen. 9. Von der Nase her die Meningen auf dem Lymphwege (Subarachnoidealraum). 10. Auf dem Wege der Lymphgefässe und Drüsen kann sich die absteigende Tuberculose der Halslymphdrüsen entwickeln, 11. und von diesen aus können Bacillen in den Duct. thoracicus, die Vena cava, das rechte Herz und direct in die Lunge gelangen.“ Für das Haften der Bacillen in den obern Luftwegen disponirt am meisten „der sogen. scrophulöse Habitus; es bestehen dabei grosse Empfindlichkeit der Schleimhäute und Neigung zu Catarrhen mit ihren Folgen, als Epithelmetaplasieen, Epithelverlusten, Erosionen und stärkere Entwickelung der Lymphdrüsen, welche auch mehr Neigung zur Erkrankung als

bei gesunden haben, und endlich oft Anaemie. Therapeutische Schlüsse: A. Prophylaxe: 1. Vernichtung des Auswurfs der Phthisiker. 2. Alle Menschen, besonders aber Kinder, namentlich solche mit lymphatischer Constitution, sollen sich des engern Verkehrs mit Phthisikern enthalten. Phthisische Eltern sollen ihre Kinder nicht küssen. 3. Man soll keine rohe Milch trinken. B. Eigentliche Therapie: 1. Kräftigung disponirter Kinder, da die Anämie das Gedeihen der Bacillen fördert. 2. Beseitigung von Catarrhen. 3. Radicale Exstirpation aller isolirten tuberculösen Herde, so des Lupus, der tuberculösen Mandeln und Rachenmandeln, der isolirten tuberculösen Wucherung im Larynx etc. Da nun die Tuberculose der Gaumen- und Rachenmandel meist latent verläuft, so sollte man jede exstirpirte Mandel histiologisch untersuchen. Weist diese Untersuchung Tuberculose nach, so ist die Exstirpation der Gaumen- und Rachenmandel eventuell noch nachträglich zu einer entschieden radicalen zu gestalten. 4. Exstirpation der regionären Lymphdrüsen bei bestimmt primärer isolirter Tuberculose der obern Luftwege wäre entschieden der beste Weg, um den Gesammtorganismus gegen die Infection zu schützen, dürfte aber theils aus chirurgischen, theils aus socialen Gründen selten durchzuführen sein.“ Das Verzeichniss der vom Verf. benutzten Literatur umfasst 159 Nummern (No. 90 Mendelsohn heisst recte Hendelsohn).

ZARNIKO.

7) **Réthi** (Wien). **Die Blutungen der oberen Luftwege in ihren allgemeinen und besonderen Beziehungen.** *Bresgen's Sammlung. Bd. I. Heft 4.*

Verfasser bespricht Aetiologie, Symptome und den Befund bei Blutungen aus Nase, Rachen, Kehlkopf und Luftröhre. Dabei theilt er mikroskopische eigene Untersuchungen mit, die er an katarrhalisch erkrankter Schleimhaut der oberen Luftwege vorgenommen hat. Réthi glaubt aus denselben das Fehlen der Berechtigung zur Aufstellung besonderer „hämorrhagischer“ Katarrhformen herleiten zu dürfen. Eine Besprechung der mannigfachen differentialdiagnostischen Momente, die bei Blutungen des behandelten Gebiets in Frage kommen, sowie Erörterung von Prognose und Therapie beschliessen die Arbeit.

REIMERS (ZARNIKO).

8) **Hellendahl.** **Ein Beitrag zur Diagnostik der Lungengeschwülste.** Aus der inneren Abtheilung des Krankenhauses am Friedrichshain in Berlin. — *Zeitschr. f. klin. Med. XXXVII. 1899.*

Die Probepunction des Tumors, selbst bei fehlendem Exsudat, führt nicht selten (2 eigene Beobachtungen von Lungensarcom) zu einem positiven diagnostischen Resultate.

A. ROSENBERG.

b. Nase und Nasenrachenraum.

9) **E. B. Gleason.** **Die Inspection der Nasenhöhlen. (Inspection of nasal cavities.)** *Medical Council. October 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

10) **W. Cheatham. Hygiene der Nase. (Hygiene of the nose.)** *Amer. Practit. and News. 15. December 1899.*

Verf. empfiehlt die reichliche Anwendung des Sprays. EMIL MAYER.

11) **A. Rollett. Beiträge zur Physiologie des Geruchs, des Geschmacks, der Hautsinne und der Sinne im Allgemeinen.** *Pflüger's Arch. LXXIV. 1899.*

Die hier interessirenden Ergebnisse der R.'schen Versuche sind folgende:

Chloroform, durch die Nase eingezogen, giebt einen ätherischen Geruch und einen süssen Geschmack; bei Anosmien fehlt der Geruch, aber der süsse Geschmack ist beim nasalen Schmecken ebenso vorhanden wie beim Aufnehmen des Chloroforms in die Mundhöhle.

Es wird das Chloroform als Mittel für die Localisation der Geschmacksempfindung und der Ausdehnung des Geschmacksfeldes untersucht und besonders die Schmeckfähigkeit der hinteren Fläche des weichen Gaumens erwiesen.

Dieselben Versuche mit Aether ergeben ganz ähnliche Resultate: ätherischen Geruch uud bitteren Geschmack. Es werden Beobachtungen bei künstlich hergestellten Anosmien gemacht und besonders wird der allmälig und langsam erfolgenden Wiederherstellung des Geruchs nach schweren Schädigungen des Geruchsorgans Aufmerksamkeit gewidmet und wird die während dieser Herstellung sich einfindende partielle Riechfähigkeit für gewisse Gerüche und werden die verbleibenden Anosmien für andere Gerüche als für die Existenz einer Reihe von quantitativ verschiedenen Geruchsnerven sprechend hingestellt. A. ROSENBERG.

12) **Toulouse** und **Vaschide. Einfluss des Alters und Geschlechts auf den Geruch. (Influence de l'âge et du sexe sur l'odorat.)** *Société de Biol. 10. Juni 1899.*

Die blosse Geruchsempfindlichkeit entwickelt sich bis zum 6. Jahre und nimmt dann ab. Im Gegensatz dazu nimmt das Geruchsunterscheidungsvermögen mit den Jahren zu. Der Geruchssinn der Frau ist früher und stärker entwickelt als der des Mannes. PAUL RAUGÉ.

13) **Toulouse** und **Vaschide. Messung des Geruchsinns bei Epileptikern. (Mesure de l'odorat dans l'epilepsie.)** *Société de Biologie. 8. Juli 1899.*

Das Geruchsvermögen (Sensation brute) ist bei den Epileptikern ebenso entwickelt als bei normalen Erwachsenen gleichen Geschlechts, während die Perception in allen Formen verringert ist. Es beweist dies wieder, dass Sinnes- und Perceptionsvermögen nicht identisch sind und dass die Epilepsie ihren schädigenden Einfluss besonders auf das letztere, das complicirter und weniger widerstandsfähig ist, geltend macht. PAUL RAUGÉ.

14) **Toulouse** und **Vaschide. Messung der Ermüdung des Geruchssinns. (Mesure de la fatigue olfactive.)** *Société de Biologie. 18. September 1899.*

Der Geruch ist von allen Sinnen derjenige, der am wenigsten ermüdet. Die Erklärung dafür ist vielleicht, dass derselbe nur während der Inspiration thätig ist und während der Exspiration ruht. PAUL RAUGÉ.

15) **Francois Nique. Beitrag zum Studium der Anosmien und der Geruchsstörungen bei Ohrenkrankheiten. (Contribution à l'étude des anosmies et en particulier des troubles olfactifs dans les maladies de l'oreille.)** *Thèse de Lyon. 1897.*

1. Die Geruchsstörungen sind häufig, aber um sie zu constatiren muss man sie methodisch suchen d. h. die Geruchsschärfe messen; es ist dies das einzige Mittel, um einfache Hyposmien aufzudecken.

2. Die blos quantitative Messung des Geruchs genügt nicht, auch die qualitative Prüfung ist nothwendig.

3. Die Geruchsstörungen haben mehrere Ursachen:

a) congenitale Anosmien,
b) Traumen in der Stirngegend oder am Hinterhaupt,
c) Gehirnaffectionen, Neurosen, allgemeine Paralyse, Tabes, Syphilis, Diabetes, Infectionskrankheiten, Intoxicationen,
d) Anosmien aus localen Ursachen, Folgen entweder einer Läsion der Schleimhaut oder eines mechanischen Hindernisses für die nasale Athmung.
e) Topische Einwirkung gewisser Medicamente.

4. Hyposmie findet sich oft bei Gehörkrankheiten. Sie ist sehr häufig bei Sclerose des Mittelohrs, seltener bei eitrigen Otitiden.

Diese Coexistenz von Gehör- und Geruchsstörungen erweist bisweilen den nasalen Ursprung des Ohrenleidens; in anderen Fällen sind beide gleichmässig Ausdruck derselben trophischen Störung. PAUL RAUGÉ.

16) **Placzek** (Berlin). **Angeborene absolute doppelseitige Anosmie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 51. 1899.*

Genaue Schilderung eines Falles absoluter höchstwahrscheinlich angeborener Anosmie bei einer 60jährigen Frau. Verf. vermuthet als Ursache eine Entwicklungshemmung in der Gegend des Ammonshorns, vielleicht mit gleichzeitiger Atrophie des Tract. olf. — Ausser diesem ist nur ein Fall (von Zwaardemaker) in der Literatur niedergelegt. — Nebenher erwähnt Verf. eines dritten Falles, den er aber nicht selbst beobachtet zu haben scheint. ZARNIKO.

17) **Reuter** (Ems). **Essentielle Anosmie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. Heft 3. S. 343. 1899.*

R. theilt die essentiellen Anosmien mit wahrscheinlich anatomischem Substrat in 3 Gruppen:

1. Die nach der Exstirpation von Nasenpolypen ohne Nebenhöhleneiterung zurückbleibende Anosmie. Dieselbe zeigt an, dass in der Tiefe der Nasenhöhle noch Abweichungen sich finden. Es ist dem Verf. aufgefallen, dass bei den Patienten, deren Geruch nach der Polypenoperation ganz oder annähernd normal wird, Recidive viel seltener erfolgten als da, wo auch nach Entfernung aller sichtbaren Polypen schwere Anosmie zurückblieb. Die Anosmie würde danach ein prognostisch sehr wichtiges Symptom darstellen.

2. Die Anosmie bei Ethmoiditis chronica. Ist dieselbe nicht durch



mechanische Momente bedingt, so lässt sie auf eine stärkere Entzündung, bezw. einen degenerativen Process in der Riechsphäre selbst schliessen und macht eine Miterkrankung der hinteren Siebbeinzellen in hohem Grade wahrscheinlich, da nur diese im Bereich der Regio olfactoria liegen.

3. Die Anosmie bei Ozaena. Dieselbe ist nicht durch die Trockenheit der Schleimhaut bedingt, sondern durch die Atrophie des Riechepithels. Die Therapie der Ozaenaanosmie fällt mit der des Grundleidens zusammen; besonders mit der Massage wurden günstige Resultate erzielt.

R. bringt für jede der 3 Formen eine Reihe von Krankengeschichten bei.

F. KLEMPERER.

18) **Buys. Ueber die Gesichtshöhlen. (Des sinus de la face.)** *La Clinique. No 3. 1899. Journal Méd. de Bruxelles. No. 29. 1899.*

B. giebt eine Beschreibung der Anatomie und Pathologie der Gesichtshöhlen an der Hand von in Müller'scher Flüssigkeit erhärteten, decalcinirten und mit dem Rasirmesser geschnittenen Präparaten und daran anknüpfend die Symptomatologie, Diagnose und Behandlungsweise derselben.

BAYER.

19) **Lapalle. Statistische Uebersicht über 169 Sectionen der Gesichtshöhlen. Beziehungen der Empyeme dieser Höhlen zu Allgemeinkrankheiten. (Tableau statistique de 169 autopsies de sinus de la face. Rapports des empyèmes de ces sinus avec les maladies générales.)** *Arch. internat. de laryngol., d'otol. etc. No. 3. Mai-Juni 1899.*

Die Zahl der Nebenhöhlenerkrankungen, die L. bei seinen Sectionen constatirte, ist eine sehr erhebliche. Der Verf. fragt nun: Sind diese Nebenhöhlenaffectionen Ursache oder Folge der Krankheiten, denen die betr. Patienten erlagen? Sind sie unabhängig von diesen? Haben sie durch Verschlucken von Pus und Allgemeinvergiftung des Organismus eine verminderte Widerstandskraft geschaffen? L. neigt zur Bejahung der letzten Frage, ohne sie indess für sicher entschieden zu halten.

E. J. MOURE.

20) **D. Braden Kyle. Beziehungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen zu Zahnläsionen. (Relation of the nasal and accessory cavities and dental lesions.)** *Journal American Med. Assoc. 7. October 1899.*

Vergl. die Verhandlungen der 50. Jahresversammlung der American Medical Association (Section für Laryngologie und Otologie) vom Juni 1899.

EMIL MAYER.

21) **J. H. Bryan. Ueber die Beziehung von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen zu den Krankheiten des Auges. (On the relation of diseases of the accessory cavities to diseases of the eye.)** *Journal American Med. Associat. 11. November 1899.*

In der gründlichen Arbeit legt Verf. dar, dass die Affectionen der Stirnhöhle sich häufig mit reflectorischen Augenstörungen compliciren, dass diese aber nicht selten übersehen werden, weil der Reflexzusammenhang schwierig zu diagnosticiren ist. Abscess der Orbita ist selten primär, in der Mehrzahl der Fälle



ist er die Folge der Ausdehnung eines Entzündungsvorganges von einer der Nebenhöhlen aus, meist von der Stirnhöhle.

EMIL MAYER.

22) **Jacques. Ueber neue Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der Nebenhöhlenerkrankungen. (Des progrès récents dans le diagnostic et le traitement des maladies des cavités annexes des fosses nasales.)** *Revue Méd. de l'Est. 1. August 1899.*

Eine Beschreibung der latenten Nebenhöhlenentzündungen, welche sich von den acuten Formen, die den früheren Autoren allein bekannt sind, ganz wesentlich unterscheiden.

Verf. hält die Radicaloperation (weite, möglichst frühzeitige Eröffnung) für um so gerechtfertigter, als diese Affectionen nie spontan heilen und ernste Complicationen seitens der Meningen und des Gehirn heraufbeschwören können.

PAUL RAUGÉ.

23) **Jacques. Nebenhöhlenentzündungen mit Befund von Colibacillen. (Sinusites à colibacilles.)** *Revue Méd. de l'Est. 15. August 1899.*

Die Mehrzahl der eitrigen Nebenhöhlenentzündungen ist durch die verschiedenen Kokken verursacht. Zuweilen aber trifft man bei denselben eine Abart von Colibacillen. Der Eiter ist dann durch einen besonders fötiden Geruch ausgezeichnet.

PAUL RAUGÉ.

24) **Potherat. Hypertrophie und Protuberanz der Stirnhöhlenwandung. (Hypertrophie et protubérance de la paroi du sinus frontal.)** *Société de Chirurgie. 12. Juli 1899.*

Photogramm und Röntgenabbildung des Kranken, der eine Protuberanz an der Stirn, bedingt durch Hypertrophie der Stirnhöhlenwand, zeigt.

PAUL RAUGÉ.

25) **Coppez. Osteom des Sinus frontalis. (Ostéome du sinus frontal.)** *La Presse méd. Belge. No. 25. 1899. Journal Méd. de Bruxelles. No. 23. 1899. Annales de la Soc. Méd. Chir. du Brabant. 5. 1899.*

Mittheilung eines Falles von Osteom des Sin. front. bei einem 20jährigen Mädchen. Die Radiographie lässt einen billardballgrossen Tumor (Osteom) erkennen, dessen Operation für später in Aussicht genommen wird.

BAYER.

26) **Valude. Cystische Erweiterung der Stirnhöhle. (Dilatation kystique du sinus frontal.)** *Soc. d'ophthalmol. de Paris. 5. December 1899.*

Bei einer Frau, die in der Gegend des rechten Thränensacks eine kleine Geschwulst hatte, entwickelte sich im Laufe von 18 Monaten ein Exophthalmus und eine Verbreiterung der Nasenbasis mit Hervorspringen des Stirnbeins. An der oberen inneren Partie der Orbita fühlte man einen rundlichen weichen Tumor, der an Empyem der Stirnhöhle denken lässt. Eine Probepunction ergab eine colloide gelatinöse Flüssigkeit. Es wurde die Stirnhöhle trepanirt und die Schleimhaut curettirt; dieselbe war einfach hyperämisch. Nach 15 Tagen war die Operationswunde verheilt. Seitdem aber entwickeln sich links ganz ähnliche Erscheinungen, so dass man wohl auch den linken Sinus wird eröffnen müssen.

A. CARTAZ.



27) **Jacqueau** (Lyon). **Plötzlicher Exophthalmus als Symptom einer acuten Stirnhöhlenentzündung. (Exophthalmie brusque symptomatique d'une sinusite aigue frontale.)** *Société des Scienc. méd. de Lyon. April 1899.*

Die Patientin, die seit einem Monat an einem grippeartigen Zustand mit reichlicher Coryza krankte, bekam plötzlich Fieber mit Schmerzen in der Stirnhöhlengegend. Gleichzeitig bildete sich ein erheblicher Exophthalmus aus und eine Deviation des Auges nach unten und aussen.

J. dachte zuerst an eine Tenonitis wegen der Unbeweglichkeit des Auges, kam aber dann zur Diagnose der Stirnhöhlenentzündung, weil der Nasenausfluss eitrig geworden war.

Von Interesse ist die rapide Entwicklung der Stirnhöhlenentzündung, die in weniger als 24 Stunden einen enormen Exophthalmus herbeiführte.

PAUL RAUGÉ.

28) **Wm. A. Martin. Ein Fall von Empyem der Stirnhöhle mit Orbitalabscess, durch Operation geheilt. (Report of a case of empyema of the frontal sinus with orbital abscess, operation and cure.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Die Ueberschrift besagt das Wesentliche des Falles. EMIL MAYER.

29) **Gouly. Diagnose des Stirnhöhlenempyems. (Diagnostic de l'empyème frontal.)** *Médicine Moderne. 7. Mai 1899.*

Nachdem Verf. auf die Gefährlichkeit dieser Affection und die Complicationen, welche eine verkannte Stirnhöhlenentzündung zur Folge haben kann, hingewiesen, giebt er die verschiedenen Zeichen an, die es gestatten, das Leiden zu diagnosticiren. Es sind:

a) Schmerzen, welche sich auf die Regio frontalis oder suborbitalis beschränken und auf Druck und bei der Percussion zunehmen. Dieselben haben bisweilen einen intermittirend-remittirenden Charakter, was mit der periodischen Entleerung des Sinus coincidirt. Oft gesellt sich zu den Schmerzen eine Schwellung hinzu, welche sich auf den Knochen selbst oder die Weichtheile beschränkt.

b) Rhinoskopie. Dieselbe lässt am häufigsten die Existenz von Polypen erkennen und vor Allem das Vorhandensein von Eiter im mittleren Nasengang. Die Eiterung ist jedoch kein absoluter Beweis, da sie ebenso gut aus dem Sinus maxillaris wie aus dem Sinus frontalis herstammen kann. Im ersteren Falle ist der Eiter krümlig, käsig und fötide infolge einer Stagnation im Antrum. Der Stirnhöhleneiter dagegen fliesst leichter ab und ist gewöhnlich rahmig und geruchlos.

c) Electrische Durchleuchtung. Sie wird mit der Vohsen'schen Lampe ausgeführt, welche man, indem der Bulbus leicht nach hinten zurückgedrängt wird, an den inneren Augenwinkel setzt. Diese Untersuchungsmethode schliesst jedoch keinesfalls diagnostische Irrthümer aus, welche auf den variirenden Bau des Sinus, dessen eventuelles Fehlen und die abnorme Dicke der Wände zurückzuführen sind.

Wie dem auch sei, man wird fast mit Sicherheit die Existenz eines Stirnhöhlenempyems annehmen können, wenn man, nachdem durch suborbitale Schmerzen die Aufmerksamkeit erregt ist, bei der rhinoskopischen Untersuchung im

mittleren Nasengang Eiter vorfindet, und die elektrische Durchleuchtung eine Verdunklung dieses Gebiets erkennen lässt.

PAUL RAUGÉ.

30) **Gust. Spiess. Die endonasale Chirurgie des Sinus frontalis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. p. 285. 1899.*

Verf. berichtet über 8 Fälle, bei denen er die erkrankte Stirnhöhle von der Nase aus anbohrte und zwar unter Controle des Weges des Bohrcanals mittelst Röntgenstrahlen während der Operation. Missgeschicke, wie sie ihm bei seinem ersten Versuche begegneten, hat Sp. durch geeignete Vorsichtsmaassregeln vermeiden gelernt; trotzdem spricht er sich selbst über die Methode recht reservirt aus, da die therapeutischen Resultate, die er erzielte, recht gering waren. In diagnostischer Hinsicht aber ist er geneigt, sie der Punction des Antrum Highmori an die Seite zu stellen.

F. KLEMPERER.

31) **Barth. Die operative Behandlung des Stirnhöhlenempyems. (The operative treatment of empyema of the frontal sinus.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 30. November 1899.*

B. schildert die Technik der Operation. Seine Erfolge sind gute. Die Heilungsdauer betrug etwa 14 Tage.

EMIL MAYER.

32) **P. Klemm. Vorstellung zweier Patienten, bei denen wegen Stirnhöhleneiterung die Radicaloperation gemacht wurde.** Ges. prakt. Aerzte zu Riga. — *Petersburger med. Wochenschr. No. 43. 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes.

P. HELLAT.

33) **Grunert. Eine neue Methode der Plastik nach der Totalaufmeisselung der Stirnhöhle wegen Empyems.** *Münch. med. Woch. No. 48. 1899.*

Die nach breiter Eröffnung der Stirnhöhle zurückbleibende Entstellung betrifft weniger die Narbe, als vielmehr den Niveauunterschied zwischen Stirnhöhlengegend und darüber liegender Stirne. In einem Falle von combinirtem Empyem der Kiefer-Stirnhöhle und des rechten Siebbeinlabyrinthes gelang es durch Bildung zweier Lappen die aus der Stirnhöhle entstandene Mulde vollkommen auszugleichen. Näheres im Original.

SCHECH.

34) **Wilhelm** und **Jacques. Trauma der inneren Orbitalwand gefolgt von catarrhalischer Entzündung der Keilbeinhöhle. (Traumatisme de la paroi orbitaire interne, sinusite sphénoidale catarrhale consecutive.)** *Gaz. des hôpitaux. 12. December 1899.*

47jähriger Mann, bei einer Grubenexplosion verletzt. Unter anderen Traumen wird auch das Eindringen eines grossen Steinstücks — von 5 : $3^1/_2$ cm Umfang und 72 g Gewicht — in die linke Augenhöhle constatirt. Im Moment des Unfalls tritt heftiges Nasenbluten ein. Die Wunde in der Augenhöhle heilt nach Extraction des Fremdkörpers gut, aber es stellen sich Schmerzen im Nacken und Hinterhaupt ein, sowie ein eitriger Ausfluss im Halse. Die Kiefer- u. Stirnhöhlen sind frei, deshalb wird an eine Affection der Keilbeinhöhle gedacht. In der Chloroformnarkose wird am oberen inneren Rand der Orbita incidirt und nach der

Keilbeinhöhle zu vorgegangen. Bei der Eröffnung derselben strömt eine bräunlich-blutige seröse Flüssigkeit in Menge von etwa 300 ccm hervor. Nach Blutstillung wird die Wunde vernäht und es tritt rapide Heilung ein.

A. CARTAZ.

35) **Gradenigo. Ein Fall von chronischem Siebbeinempyem. (Un caso di empiema etmoidale cronico.)** *R. Academia di Medicina di Torino. 21. Januar 1898.*

Die 19jährige Patientin, die ausser Nasenobstruction keinerlei Beschwerden hatte, wurde dadurch geheilt, dass mit der warmen Schlinge die stark vergrösserte Bulla ethmoidalis entfernt wurde; nach der Operation entleerte sich ein Esslöffel nicht fötiden Eiters. Die Schleimhaut der Bulla war hyperplasirt und mit Polypen besetzt.

FINDER.

36) **Geo. C. Stout. Chronisches Empyem der Nebenhöhlen der Nase. Bericht über 7 Fälle. (Chronic empyema of the accessory nasal cavities with report of 7 cases.)** *Philad. Med. Journal. 26. August 1899.*

Viele Fälle von Stirnhöhlenempyem können durch Paracentese diagnosticirt und mit Sicherheit geheilt werden, vorausgesetzt, dass die Spitze der Canüle auch wirklich in die Höhle eindringt. Die Entfernung muss vor der Punction an der Canüle genau abgemessen werden. Die hartnäckigsten Fälle von Antrum-Entzündung sind wahrscheinlich mit Stirnhöhlenempyem verbunden und es sollte in derartigen Fällen die Punction des Sinus frontalis ausgeführt werden, um die Erkrankung derselben zu eliminiren oder als vorhanden zu erweisen. Die Stirnhöhle kann, wenn sie erkrankt ist, fast stets durch die vorderen Siebbeinzellen erreicht werden. Es scheint, als ob diese Fälle für die Paracentese und die Beseitigung eines Theils der nasalen Wandung der Höhle ebenso sich eignen, wie für die mehr radicalen Operationen. Die Hauptsache ist die gründliche Drainage. Genaue Kenntniss der anatomischen Verhältnisse ist das wichtigste Moment für die Behandlung und sichert die besten Resultate derselben.

EMIL MAYER.

37) **Swan M. Burnett. Sarcom der Stirn- und Siebbeinhöhle. (Sarcoma of the frontal and ethmoidal sinuses.)** *Archives of Otology. April-Juni 1899.*

Ein Fall von ausgedehntem Rundzellensarcom. Operation. Schnelles Recidiv und Tod nach 4 Monaten.

EMIL MAYER.

38) **Domenico Tanturri. Beziehung zwischen den malignen Tumoren der Nasenhöhle und des Antrum Highmori. (Correlazione fra tumori maligni della fossa nasale e dell'antro d'Highmori.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juni 1899.*

An der Hand dreier von ihm beobachteten Fälle betont Verf. den engen Zusammenhang zwischen den Tumoren der Highmorshöhle und der Nasenhöhle; derselbe ist ganz besonders vorhanden bei den Carcinomen, die sich mit Vorliebe im Drüsengewebe der Antrumschleimhaut entwickeln. In jedem Fall von Tumorbildung in der Nase ist die Eröffnung und gründliche Durchsuchung des Antrum dringend anzurathen.

FINDER.



39) **L. C. Cline. Erkrankungen der Highmorshöhle. Eine Untersuchung an 150 Fällen. (Diseases of the antrum of Highmore. A study of hundred and fifty cases.)** *Journ. of the Amer. Med. Assoc. 23. September 1899. Medical Review. 30. September 1899.*

Vergl. die Verhandlungen der Section für Laryngologie der American Med. Asssociation. Juni 1899. EMIL MAYER.

40) **Howard S. Straight. Bericht und Discussion über einen Fall von doppelseitiger Kieferhöhlenerkrankung. (Report and discussion of a case of double maxillary sinus disease.)** *Cleveland Medical Gazette. November 1899.*

Auch beide Stirnhöhlen waren betheiligt und die eine wurde eröffnet. Der Pat. starb, wahrscheinlich durch Cerebralabscess. EMIL MAYER.

41) **Henry G. Ohls. Antrum-Empyem. (Empyema of antrum.)** *Journal of the American Med. Ass. 15. Juli 1899.*

Eine Zusammenstellung aller Thatsachen, welche sich auf diese Erkrankung beziehen. Verf. gebraucht zur Durchleuchtung eine Spirale aus Platindraht, die in ein 4 g-Fläschchen eingesetzt wird und empfiehlt die von Vausant angegebene Heissluftmethode. EMIL MAYER.

42) **Wm. A. Schultz. Entzündung der Schleimhaut des Sinus maxillaris. (Inflammation of the lining membrane of the maxillary sinus.)** *Amer. Journal of Surgery and Gynecology. September 1899.*

Diese Entzündung geht nicht immer in Empyem aus. Die Symptome bestehen in Schmerzen, Hyperpyrexie und einer mehr oder weniger ausgesprochenen Schwellung. EMIL MAYER.

43) **Hennebert. Empyem der rechten Oberkieferhöhle; Trepanation der Fossa canina; Krankenvorstellung. (Présentation de malade; empyème du sinus maxillaire droit; trépanation de la fosse canine.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 9. 1899.*

Trepanation der Oberkieferhöhle mit Auslöfflung und Cauterisation mit ClZn. Tamponade. Heilung. BAYER.

44) **Thos. J. Harris. Ein Fall von Erkrankung der Kieferhöhle. (A case of disease of maxillary sinus.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Der Schmerz dauerte fort trotz freier Eröffnung des Sinus. EMIL MAYER.

45) **Bolkenius** (Aachen). **Ueber die Therapie des Empyems der Kieferhöhle.** Dissert. Erlangen. 1898.

Zusammenstellung der einschlägigen Behandlungsmethoden. SEIFERT.

46) **Dresel** (Grünberg). **Die Behandlung des Empyema antri Highmori und ihre Erfolge.** Dissert. Berlin. 1899.

Aus der Fränkel'schen Poliklinik theilt Dr. 45 Fälle von Kieferhöhlenempyem mit, welche unter lokaler Cocainanästhesie von der Fossa canina oder

durch Anbohrung vom Alveolarfortsatz aus operirt wurden. Es kamen von diesen 26,09 pCt. zur Heilung.

SEIFERT.

47) **St. Clair Thomsen. Empyem der Highmorshöhle. (Empyema of antrum of Highmori.)** *Clinical Society of London. 12. Mai 1899.*

Verf. berichtet über einen Fall von chronischem Empyem, welches Kopfschmerzen und permanenten Husten erzeugt hat und durch einfache Alveolarpunction und Ausspülung geheilt wurde.

Mark Hovell und Frederick Eve theilen mehrere Fälle mit, in denen die Alveolarpunction nicht zur Heilung führte. Sie führen dies auf das Vorhandensein von Polypen und Granulationen zurück. Die Heilung wurde erzielt durch eine Reinigung der Höhle von einer weiten vorderen Oeffnung aus.

Sir Felix Semon glaubt, dass die Alveolarpunction in allen Fällen zuerst versucht werden sollte.

C. Symonds schliesst sich dem Vorredner an und berichtet über einen Fall von $1^1/_2$ jähriger Dauer, welcher nach 14tägigen Irrigationen in Heilung überging. Zur Radicaloperation sollte man erst dann schreiten, wenn die einfachen Methoden versagen.

M. Walsham theilt einen Fall mit, in welchem ein im Antrum befindlicher Fremdkörper die Eiterung unterhalten hatte.

WAGGETT.

48) **L. Grünwald** (München). **Zur Heilbarkeit der Kieferhöhlenentzündungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 431. 1899.*

G. stellt die Heilungsresultate zusammen, die er bei 106 Erkrankungen der Kieferhöhle in den letzten Jahren erzielt hat. Er gruppirt die Fälle in kritischer Weise nach den verschiedenen Momenten, welche für die mindere oder grössere Heilbarkeit des einzelnen Falles ins Gewicht fallen. Als solche Momente führt er auf: Die bisherige Dauer der Erkrankung, die Art des Secretes, die Befunde innerhalb der Nase und an den Zähnen und schliesslich etwaige Complicationen.

Wir brauchen auf den Inhalt der einzelnen Abschnitte der gehaltreichen Arbeit nicht näher einzugehen. Jeder, der sich näher mit den Nebenhöhlen beschäftigt, muss sie im Original studiren; er wird dies mit um so grösserem Gewinn thun, als es durchaus nicht radicale Anschauungen sind, die der Verf. vertritt.

F. KLEMPERER.

49) **O. Koerner. Ein Beitrag zur Technik der Perforation der Kieferhöhle. (A contribution to the technic of perforating the maxillary antrum.)** *Arch. of Otology. April-Juni 1899.*

Abbildung eines Instrumentes, mit dem das Antrum zu diagnostischen Zwecken angebohrt und, wenn nöthig, ausgespült werden kann.

EMIL MAYER.

50) **G. Spiess. Sequester im Alveolarfortsatze nach Anbohrung der Oberkieferhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. S. 327. 1899.*

Kurze Krankengeschichte des Falles und Abbildung des 4 Monate nach der Operation ausgestossenen Sequesters. S. führt die Bildung desselben darauf zurück, dass der Bohrer sich heiss gelaufen und die umgebende Knochenmasse ver-

brannt hat. Er empfiehlt, um ähnliche Vorkommnisse zu vermeiden, einen Bohrer zu verwenden, der sich nach hinten um ein ganz Minimales verjüngt.

F. KLEMPERER.

51) **H. H. Curtis. Zwei Röntgenaufnahmen von Kieferhöhlen mit Hineinragen von Zähnen. (Exhibition of two radiographs of the antrum showing intruding teeth.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Im ersten Falle ragte die Wurzel des zweiten Molarzahnes in das Antrum hinein. Im zweiten sieht man ein Osteom im linken Antrum; ein Osteom der rechten Kieferhöhle war 1 Jahr vorher von einem Chirurgen entfernt worden.

EMIL MAYER.

52) **Goris. Auslöffung einer Gesichtshälfte wegen Carcinoms des Oberkiefers und des Siebbeins. (Evidement de la moitié de la face pour carcinome du maxillaire supérieur et de l'éthmoid.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 31. 1899. La Presse Méd. Belge. No. 35. 1899. Annales de la Soc. Méd. Chir. du Brabant. No. 8. 1899.*

Das Carcinom hatte in der Orbita begonnen. 1 Jahr nach Entfernung des Augenlides und des rechten Auges trat Recidiv im Oberkiefer und Siebbein ein. G. machte zuerst die Tracheotomie, tamponirte den Pharynx und nahm darauf die Resection des Oberkiefers, des Wangenbeins, des Proc. zygomat., des Nasen- und Siebbeins vor und entfernte durch einen V-Schnitt einen guten Theil der Wange, darauf Sutur; später will er eine Autoplastie nach Bardenheuer mit der Frontalmethode ausführen.

BAYER.

c. Mundrachenhöhle.

53) **Giulio Masini. Wirkungen des Tonsillar-Extracts auf den Kreislauf. (Effetti dell'estratto di tonsille sul sistema cardio-vescolare.)** *La Clinica Med. Italiana. Mai 1898.*

Verf. hat den wässrigen Extract von Hunde- und Kalbstonsillen in die Ohrvene von Kaninchen injicirt und hat unmittelbar nach der Injection von 30 cg Extract pro ko. Thier ein erhebliches Steigen des arteriellen Druckes mit characteristischen Oscillationen der sphygmographischen Curve beobachtet; diese Drucksteigerung besteht kurze Zeit, dann sinkt der Blutdruck allmälig, geht einige Millimeter unter die Norm, um nach ungefähr 10 Minuten seine normale Höhe wieder zu erreichen. Ebenso lange wie die Steigerung des arteriellen Drucks dauert eine Verstärkung und Verlangsamung der Herzconctractionen.

Auf Grund dieser Beobachtungen glaubt Verf. annehmen zu dürfen, dass die Tonsillen Drüsen mit „innerer Secretion“ sind, und dass sie — wenigstens zum Theil — eine blutdrucksteigernde Substanz absondern. Dass die Unterdrückung dieser Function infolge Entfernung der Tonsillen deletäre Folgen habe, kann er mangels beweisender Experimente nicht behaupten.

FINDER.

54) **Carrol. E. Edson. Ein mit physiologischer Kochsalzlösung behandelter Fall von Septicämie. (A case of septicemia treated with normal selt solution.)** *Boston Med. and Surg. Journ. Juli 1899.*

Verfasser berichtet über einen vermuthlich durch Tonsillarinfection bedingten Fall von Septicämie. Als Patient in einen höchst bedrohlichen Zustand gerathen war, griff man zu subcutanen Injectionen von Chlornatriumlösung, die ein glänzendes Resultat herbeiführten. Schon nach der ersten Injection besserte sich der Allgemeinzustand ausserordentlich: der Puls wurde kräftiger, voller, die Schmerzen und Delirien schwanden und mit jeder neuen Injection machte die Genesung rapide Fortschritte. Bemerkenswerth erscheint noch die Schnelligkeit, mit welcher die beträchtlichen Flüssigkeitsmengen resorbirt wurden. EMIL MAYER.

55) **Hilbert** (Königsberg). **Zur Aetiologie der acuten Mandelentzündungen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1899. Vereinsbeil. 43.*

Die acuten Anginen zerfallen ihrer Aetiologie nach in zwei Gruppen: selbstständige primäre (idiopathische, protopathische) und secundäre (deuteropathische), d. h. solche, die als Theilerscheinung einer acuten Infectionskrankheit (Masern, Scharlach, Diphtherie) vorkommen.

Für die primären Anginen gilt der Streptococcus pyog. als der vorzüglichste Erreger.

Die Untersuchungen W.'s sprechen eher für das Gegentheil. Er fand bei 100 gesunden Individuen ausnahsmlos im Mandelschleim dieselben Streptokokken, wie in den Belägen der acut entzündeten Mandeln. Er hält deshalb die Streptokokken im vorliegenden Fall für accidentelle Mikroorganismen, die freilich gelegentlich in das Gewebe und die Blutbahn eindringen und dann secundär zu schweren Folgezuständen führen können. ZARNIKO.

56) **Redact. Notiz. Gegen folliculäre Tonsillitis und Pharyngitis. (For follicular tonsillitis and pharyngitis.)** *N. Y. Med. News. 4. November 1899.*

Rp. Natr. salicyl. 7,5
Kali chlorici 15,0.
MDS. In 1/2 l heissen Wassers zu lösen und zum Gurgeln zu gebrauchen.

LEFFERTS.

57) **Escat. Ein antiseptisches Gurgelwasser. (An antiseptic gargle.)** *N. Y. Med. Journal. 18. November 1899.*

Rp. Salol 0,9
Alkohol (90 pCt.)
Glycerin ana 45,0
Aqu. sterilisat. 360,0.
MDS. Zum Gurgeln. LEFFERTS.

58) **H. Tudson Lipes. Die Behandlung der folliculären und eitrigen Mandelentzündung und der Scharlachangina mit Carbolsäureinjectionen. (The treatment of follicular and suppurative amygdalitis and the angina of scarlet fever**

by the injection of a solution of carbolic acid.) *N. Y. Medical Journal. 21. October 1899.*

Verf., der selbst häufig an folliculärer Amygdalitis litt und mit anderen Mitteln keinen Erfolg hatte, hat die von Heubner zuerst angegeben Carbolsäureinjectionen mit solchem Nutzen bei sich selbst angewendet, dass er die Methode auch bei Anderen in Benutzung zog. Seine Resultate sind wohl befriedigende. Die Methodik ist einfach. Nach Seitz's Vorschrift nimmt er eine 3proc. Lösung von Carbolsäure und injicirt davon ein paar Tropfen in jede Mandel an mehreren Stellen. Verf. behandelte auf diese Weise 5 Fälle von Scharlachfieber, 6 von Diphtherie, 3 von eitriger, 4 von einfacher und 3 von folliculärer Tonsillitis. Bei Diphtherie war der Effect kein merkbarer, bei der Scharlachangina dagegen war der Nutzen ein offenbarer. Auch bei den verschiedenen Mandelentzündungen und besonders deutlich bei den folliculären und eitrigen war das Resultat ein positives.

LEFFERTS.

59) **Rivière** (Lyon). **Verdächtige Ulcerationen der Mandeln. (Ulcérations suspectes de l'amygdale.)** *Soc. d. scienc. méd. de Lyon. 20. December 1899.*

R. stellt einen Kranken vor, bei dem Mandel und Gaumensegel Sitz eines Ausschlages sind, der mit Pseudomembranen bedeckt ist und polycystische Contouren hat. R. denkt, dass es sich um Pemphigus handelt.

PAUL RAUGÉ.

60) **Redact. Notiz. Die Behandlung hypertrophischer Tonsillen. (The treatment of hypertrophied tonsils.)** *N. Y. Med. Journal. 18. November 1899.*

Rp. Resorcin 4,5
Aqu. destill. 900
oder β-Naphthol 0,45
Aqu. destill. 900.
S. Zur reichlichen Irrigation der Mandeln, morgens und abends.

LEFFERTS.

61) **Grossard** und **Mounier. Die chirurgische Behandlung der chronischen Mandelentzündung. (Du traitement chirurgical de l'amygdalite chronique.)** *Archives de therapeutique. October 1899.*

Die Verff. besprechen die verschiedenen chirurgischen Behandlungsmethoden der Mandelhypertrophie; Spaltung, Zerstückelung, Cauterisation und Abtragung mit dem Tonsillotom oder der galvanischen Schlinge. In allen Fällen, in denen der letztgenannte Eingriff möglich ist, geben die Verff. ihm den Vorzug.

A. CARTAZ.

62) **Francis Huber. Lateraler Rachenabscess nach Tonsillotomie. (Lateral pharyngeal abscess following tonsillotomy.)** *Pediatrics. 15. September 1899. Medical Review. 30. September 1899.*

Der Abscess bildete sich im Anschluss an die Excision der Mandeln bei einem Kinde, das bereits früher einmal einen schweren postcervicalen Abscess gehabt hatte. Der Verf. glaubt, dass das Trauma des operativen Eingriffs den alten Entzündungsherd neu zum Aufflammen brachte.

EMIL MAYER.

63) **Depangher** (Triest). **Ein neuer Tonsillarcompressor.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 11. 1899.*

Zweiarmiges mit einem Charniergelenk versehenes Instrument zur Stillung von Blutungen nach Tonsillotomie.

SCHECH.

64) **Dovitiis. Eine Klemme zur Stillung von Mandelblutungen. (Une pince hémostatique amygdalienne.)** *Bulletin de Laryngologie. September 1899.*

Beschreibung des Instrumentes, dessen eine Branche auf die Tonsille presst, während die andere aussen dem Masseter aufliegt.

E. J. MOURE.

65) **Marcel Labbé** und **Lévi-Sirugne. Ueber die Läsionen der Mandeln in gewissen Fällen von Tuberculose. (Sur les lésions de l'amygdale dans quelques cas de tuberculose.)** *Bull. Soc. Anatom. Paris. 10. November 1899.*

Vom histologischen Standpunkt betrachtet, erscheint die Tuberculose der Mandeln häufiger, als dies klinisch der Fall zu sein scheint. Sie kommt öfter beim Erwachsenen vor, als bei Kindern, was das Fehlen der Expectoration bei letzteren erklären dürfte. Der Tuberkelbacillus wird den Mandeln meist durch das Sputum zugeführt, in anderen Fällen durch eine ascendirende Infection der Lymphdrüsen oder — bei der Miliartuberculose — durch die Blutbahn.

Die verschiedenen Formen, in denen der tuberculöse Process an der Mandel sich abspielt, sind die Ulceration, die typische Tuberkelbildung mit Ausgang in Verkäsung oder Sklerose und die diffuse Infiltration.

A. CARTAZ.

66) **C. Chauveau. Polyp der Mandel. (Polype de l'amygdale.)** *Archives de Therapeutique. September 1899.*

32jähriger Mann, in Behandlung wegen tuberculöser Laryngitis. Auf der rechten Mandel sitzt eine grauweissliche Vegetation von fast $2^1/_2$ cm Länge. Der Polyp genirte den Kranken wenig. Er wurde abgetragen und erwies sich bei mikroskopischer Untersuchung als Adenofibrom.

A. CARTAZ.

67) **Beco. Mandelfibrom. (Fibrome de l'amygdale.)** *Annal. de la Soc. Méd. Chir. de Liège. No. 4. 1899.*

Vergl. Bericht über die Belg. otolaryng. Gesellschaft in Brüssel; Sitzung vom 4. Juni 1899.

BAYER.

68) **A. Carrel** (Lyon). **Krebs der Mandel mit Betheiligung des vorderen Gaumenbogens, eines Theiles des Gaumensegels, der Zungenbasis und des Kiefers. Operation. Heilung. (Cancer de l'amygdale; envahissement du pilier antérieur, d'une partie du voile, de la base de la langue et du maxillaire. Intervention. Guérison.)** *Société des Sciences méd. de Lyon. 31. Mai 1899.*

Es handelte sich um ein Epitheliom; die Halsdrüsen waren nicht ergriffen. Die ganze Neubildung wurde entfernt, nachdem durch Resection einer Kieferhälfte freier Zutritt geschaffen war. Der Fall lehrt wieder, wie grosse Eingriffe man im Rachen wagen darf.

PAUL RAUGÉ.



69) **G. Aue. Mittheilung eines Falles von Angina complicirt mit Gelenkrheumatismus.** *Wratsch. No. 4. 1900.*

Der Titel erklärt den Inhalt.

P. HELLAT.

70) **Siegert. Ueber eine Epidemie von Angina lacunaris und deren Incubationsdauer.** *Münch. med. Wochenschr. No. 47. 1899.*

Die Angina lacunaris oder Tonsillitis follicularis, bei der sich stets Streptokokken fanden, ist eine infectiöse Erkrankung mit einer Incubationsdauer von vier Tagen. Auch das Säuglingsalter wie die ersten 3 Lebensjahre zeigen eine, wenn auch geringe Disposition. Die Isolirung ist stets anzustreben, schon mit Rücksicht auf die häufigen septischen und pyämischen Complicationen. Schulpflichtige Geschwister Anginakranker sollen erst zur Schule zugelassen werden, wenn sie sich am fünften Tage als nicht inficirt erweisen.

SCHECH.

71) **Parmentier. Membranös-ulceröse Amygdalitis mit Spindelbacillen und Spirillen und acute lacunäre Amygdalitis. (Amygdalite membrano-ulcéreuse à bacilles fusiformes et à spirilles, et amygdalite lacunaire aigue.)** *La Progrès Méd. Belge. No. 17. 1899.*

Analytischer Artikel ohne Neues zu bringen.

BAYER.

72) **Tarasewitsch. Ein Fall von Angina mit spindelförmigen Bacterien und Spirillen (St. Vincent). (Slutschai Angini s werteorasnimi palatschkami i spirilami.)** *Rus. Archiv. November 1899.*

T. beobachtete bei seiner eigenen 6jährigen Tochter während einer Diphtherieepidemie eine Angina mit einzelnen Follikeln und Temperatur bis 38,4: Puls 126. Nach 10 Tagen war alles wieder normal. Spindelbakterien und Spirillen fanden sich in grosser Zahl.

P. HELLAT.

73) **J. Freyche. Klinische und bacteriologische Studie über die durch spindelförmige Bacillen und Vincent'sche Spirillen hervorgerufene diphthereide und ulceröse Angina. (Etude clinique et bactériologique sur l'angine diphtéroide et ulcereuse à bacilles fusiformes et spirilles de Vincent.)** *Thèse de Toulouse. 1899.*

In dieser Arbeit, welche eine recht gute Studie über obiges Thema darstellt, beschäftigt sich Verf. mit der diphtheroiden und ulcerösen Angina vom klinischen und anatomisch-pathologischen Gesichtspunkt aus. Er hält diese Affection für ein einheitliches Leiden, welches theils durch spindelförmige Bacillen, theils durch Spirillen herbeigeführt wird. Verf. entwickelt die Vincent'schen Ansichten und bestreitet nicht die Möglichkeit einer Aehnlichkeit oder nahen Beziehung dieser Affection zu den angino-ulcerösen Läsionen der Stomatitis ulcerosa membranosa.

A. CARTAZ.

74) **Fischl. Ueber chronisch recidivirende exsudative Anginen im Kindesalter.** *Münch. med. Wochenschr. No. 46. 1899.*

Sie soll in hygienisch schlecht bestellten Städten, ferner in Häusern, wo Stallungen sind, sowie bei familiärer Disposition vorkommend den gewöhnlichen

Mundbacterien, pyogenen Strepto- und Staphylokokken ihre Entstehung verdanken. Eine Immunisirung tritt gewöhnlich nicht ein und werden die Attaquen erst mit der Pubertät seltener. Manchmal schliessen sich schwere Verdauungsstörungen an; die Krankheit ist auch infectiös. In der Debatte wurde die häufige Anwesenheit von Mandelpfröpfchen und von zerrissenen Mandeln betont. SCHECH.

d. Diphtheritis und Croup.

75) **Rolly. Wirkung des Diphtheriegiftes auf das Herz. (Diphtheria poison as it affects the heart.)**

R. stellt durch eine Reihe von Thierversuchen fest, dass die Herabsetzung des Blutdruckes durch das Diphtheriegift auf Lähmung des vasomotorischen Centrums und auf Herzlähmung zurückzuführen ist.· Die Wirkung auf das Herz ist bei Warmblütern eine directe und unabhängig vom Nervensystem. Vor dem Eintritt der Lähmung liegt eine mehr oder weniger deutliche Periode der Latenz. Das Gift, das den Herzmuskel direct angreift, scheint sich in demselben erst aufzuspeichern, bis es seine vollständige Wirkung entfalten kann. LEFFERTS.

76) **Wlaeff. Einfluss des Diphtherieserums mit und ohne Carbolzusatz auf das Blut und die Organe. (Action du serum anti-diphthérique phéniqué et non phéniqué sur le sang et les organes.)** *Soc. anatomique. Juli 1899.*

In einer grösseren Reihe von Thierversuchen stellte Verf. fest, dass das einfache Pferdeserum eine geringe Verminderung der rothen und weissen Blutkörperchen herbeiführt, das nicht-carbolisirte Diphtherieserum eine intensive Hyperleukocytose erzeugt und das carbolhaltige Diphtherieserum die Zahl der rothen Blutkörperchen bis auf eine Million herabsetzt. PAUL RAUGÉ.

77) **W. Jakowlew. Untersuchung von Mund-, Rachen- und Nasensecreten bei diphtherieverdächtigen Patienten. (Isledowanie otdelenii polosti rta, sewa i nosa bolnich, podosritelnich w smisle diphtheri.)** *Wratsch. No. 17. 1899.*

Untersucht wurden 1425 Fälle; Diphtherie wurde 398 mal constatirt. Untersucht wurden ferner 135 Personen, welche von Diphtherie genesen waren; 106 mal fanden sich Bacillen, in einzelnen Fällen noch nach 11 Wochen.. Verf. vertritt die Anschauung, dass solche Personen eine Gefahr für die Umgebung in sich bergen. P. HELLAT.

78) **Gabritschewski. Die Prophylaxe gegen Diphtherie. (Prophylaxis against diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 7. October 1899.*

Die Untersuchung der Mund-, Rachen- und Nasensekrete auf Diphtheriebacillen ist nicht nur bei dem Patienten selbst zu diagnostischen Zwecken erforderlich, sondern sie ist auch als prophylactische Maassregel nothwendig und auf alle Gesunden, die der Infection ausgesetzt waren, auszudehnen.

LEFFERTS.

79) **Ino D. Dunham. Die Diphtheritis, ihre Aetiologie, Diagnose und Prophylaxe. (Diphtheria: etiology, diagnosis and prophylaxis.)** *N. Y. Medical News. 30. September 1899.*

Zur Einschränkung der Diphtheritis sind nothwendig die bacteriologische Untersuchung aller verdächtigen Kranken resp. ihrer Umgebung, sowie die Isolirung derjenigen, die Löffler'sche Bacillen im Munde haben. LEFFERTS.

80) **E. J. Stickland. Einige Gedanken über die Diphtheritis und ihre Behandlung. (Some thoughts in regard to diphtheria and its treatment.)** *The New Albany Medical Journal.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

81) **Edwin Rosenthal. Behandlung des chronischen Croups. (Treatment of chronic croup.)** *Journ. of Amer. Med. Assoc. 16. September 1899. Medical Review. 23. September 1899.*

Abdruck eines in der Abtheilung für Laryngologie der Americ. Med. Association (Juni 1899) gehaltenen Vortrages; wird im Verhandlungsbericht referirt werden. EMIL MAYER.

82) **Edwin Motley Fuller. Medicamentöse Behandlung der Diphtherie neben den Seruminjectionen. (Medicinal treatment of diphtheria other than with antitoxine.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. September 1899.*

Wo Schmerzen vorhanden sind, ist nach Verf. folgendes Mittel zu empfehlen:

Rp. Syr. Ipecac. 1,0,
Tct. Benzoes,
„ Hyoscyami,
„ Myrrhae ana 4,0,
Syr. Tolut. 16,0.

M. D. S. 15—40 Tropfen in ein halbes Weinglas Wasser aufgelöst zum Gurgeln zu gebrauchen und jedesmal ein wenig davon hinunter zu schlucken. Daneben wird das Serum injicirt, sowie die üblichen Indicationen erfüllt. EMIL MAYER.

83) **Redact. Notiz. Diphtherie und ihre Behandlung in Boston. (Diphtheria and its treatment in Boston.)** *Philad. Med. Journal. 9. September 1899.*

Die Mortalität im letzten Halbjahre bis 1. August betrug nur 8 pCt. und in den letzten zwei Wochen sogar nur 2 pCt. Im Hospital wurden gewöhnlich frühzeitig grosse Dosen gegeben, 3000—4000 Einheiten 4stündlich, bis die Membranen verschwinden und alle Symptome sich bessern. Ein 9jähriger Knabe, der in anscheinend moribundem Zustande aufgenommen wurde, erhielt 12000 Einheiten pro Tag in 4stündigen Intervallen 4 Tage lang, bis die Besserung deutlich in Gange war. EMIL MAYER.

84) **Wenner. Die Serumbehandlung bei Diphtherie. (The treatment of diphtheria with the antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 16. September 1899.*

Verf. berichtet über die Ergebnisse der seit dem 25. October 1894 bis zum

31. December 1898 auf der Diphtherie-Abtheilung des Züricher Kinderhospitals behandelten Fälle. Im Ganzen wurden 512 Patienten aufgenommen; von diesen starben 52 (10,1 pCt.). Der Diphtheriebacillus fand sich jedoch nur in 432 Fällen vor; von diesen gingen 44 (10,18 pCt.) zu Grunde. Von den 432 Fällen waren nur 8 aus verschiedenen Gründen der Serumbehandlung nicht unterworfen worden. Die vergleichenden Zahlen beweisen, dass die Mortalität im Allgemeinen von 43 pCt. (1874—1894) auf 10 pCt. (1894—1898) reducirt wurde. In den Fällen, in denen die Intubation oder Tracheotomie ausgeführt wurde, sank die Sterblichkeitszahl von 63,7 pCt. auf 19,4 pCt. und in denjenigen, welche keinen operativen Eingriff erforderten, von 15 pCt. auf 5,8 pCt. Es zeigte sich, dass der Serumgebrauch in den meisten Fällen die Temperatur schnell zur Norm herabdrückte, gleichviel, ob die Injection im Beginne oder späteren Verlauf der Erkrankung ausgeführt wurde. Die Abstossung der Membranen ging schneller von statten und ist fast in allen Fällen gleichförmig gewesen. Der Einfluss auf die stenotischen Erscheinungen war sehr deutlich. Nach den Injectionen wurde weder eine Ausbreitung des Processes auf den Pharynx oder Larynx noch eine Exacerbation der Stenose beobachtet. Die constatirten Albuminurien, Nephritiden und Lähmungen sind nicht als Folge der Injectionen, sondern als ein Resultat der Wirkung des Diphtherietoxins zu betrachten. Das Serum bedingt verschiedene Exantheme, oft auch Fieber, ohne jedoch irgend welche ernsteren Folgen nach sich zu ziehen. Die verschiedenen Serumarten bieten in dieser Hinsicht Verschiedenheiten dar. In keinem Falle bewirkten die Injectionen den Exitus oder eine Schädigung der Gesundheit. Aus den oben angeführten Gründen wird die Anwendung des Serums sowohl für die Hospital- als auch für die Privatpraxis vom Verf. wärmstens empfohlen.

LEFFERTS.

85) **Woollacott. Der Einfluss des Heilserums auf diphtherische Lähmungen. (The influence of antitoxin on diphtheric paralysis.)** *N. Y. Medical Record. 29. September 1899.*

Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen: Es ist augenscheinlich, dass grosse Serumquantitäten, d. h. Mengen nicht unter 4000 Einheiten sich wirkungsvoller erweisen, als kleine, und zwar sowohl um Lähmungen zu verhüten, als auch um die durch dieselben bedingte Mortalitätszahl herabzudrücken. Je früher man das Serum injicirt, um so unwahrscheinlicher ist es, dass Lähmungen auftreten. Erscheinen sie nach einer frühzeitigen Injection, so werden sie voraussichtlich einen milden Verlauf und eine verhältnissmässig kurze Dauer haben. Die Art der Lähmungen ist im ganzen eine weniger heftige geworden, unter allen Umständen aber eine weniger lebensgefährliche. Schliesslich haben die diphtherischen Lähmungen jetzt mehr Neigung, junge Individuen zu befallen.

Die praktische Folgerung aus alledem ist, dass der volle Werth des Heilserums nur dann zur Geltung kommt, wenn dasselbe frühzeitig und in kräftiger Dosis angewendet wird. Ist das gethan, so hat man dadurch nicht nur das Leben gerettet, sondern auch die schweren Complicationen verhütet oder sie wenigstens ihres gefährlichen Charakters entkleidet.

LEFFERTS.

86) **M. Worschawski. Zur Casuistik der Complicationen in Folge von Seruminjection. (K casuistike osloschnemii posle wpriskiwanii protiwodifteriinoi siworotki.)** *Eshenedeln. No. 34. 1899.*

Werthlose Mittheilung. P. HELLAT.

87) **W. Pulawski. Die Behandlung der Diphtherie mittelst Serum. (Leczenie btonicy surowica swoista.)** *Gazeta lekarska. No. 35. 1899.*

Es handelte sich von 73 Fällen von Diphtherie um 30 Anginen, 11 Laryngitiden und 32 Anginen mit Laryngitis. Von der Gesammtzahl starben 6 (8 pCt.).

A. v. SOKOLOWSKI.

88) **Bayeux. Die Diphtherie vor und seit 1894. (La diphthérie avant et depuis l'année 1894.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Vor dem Gebrauch des Serums betrug die Mortalität 55 pCt., seit 1894 nur 16 pCt. Diese Zahl stützt sich auf eine Statistik von über 200000 Fällen.

Die Intubation verdient im Allgemeinen an Stelle der Tracheotomie zu treten. In Frankreich bedient man sich jetzt mehr und mehr der kurzen Tuben.

PAUL RAUGÉ.

89) **S. Arloing** (Lyon). **Einfluss des Einführungsweges des Diphtherieserums auf seinen therapeutischen Effect. (Influence de la voie d'introduction sur le développement des effets therapeutiques du sérum antidiphthérique.)** *Acad. des Sciences. 19. Juni 1899.*

Im Verfolg seiner früheren Untersuchungen (Acad. d. Sciences, 25. April 1898) stellte A. fest, dass beim Hunde die Einbringung des Serums in die Blutbahn der Wirkung von der Conjunctiva aus überlegen ist. Beim Meerschweinchen wirkt das Serum bei Einführung vom Conjunctivalsack aus stärker, als bei intraperitonealer Injection. PAUL RAUGÉ.

90) **George Thornton. Tracheotomie bei Diphtheritis. (Tracheotomy in diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 8. Juli 1899.*

Bei 151 Fällen wurde die Tracheotomie gemacht, mit 102 Heilungen und einer Todesziffer von 32,4 pCt. Früher, vor der Serumanwendung, betrug die Mortalität 70,4 pCt. Bei Säuglingen ist die Prognose sehr schlecht, bei Kindern viel besser; bei Erwachsenen ist sie ernst. In den Fällen, in denen die Exsudation nicht in den Larynx herabreicht, war die Mortalität nur 5,8 pCt., bei Betheiligung des Larynx dagegen 44,1 pCt. Verf. zieht die tiefe Tracheotomie vor und verwendet die Durham'schen Canülen. Die äussere Canüle bleibt $2^1/_2$ bis 3 Tage unverändert liegen. Die trockenen Fälle, bei denen wenig oder gar kein Schleim herausgebracht wird, sind die gefährlichsten. In den Fällen von Tracheotomie ist die Lähmung sehr selten, ausser wenn im Rachen und in der Nase starke Membranen angehäuft sind. Die Krisis von Seiten des Herzens und Magens tritt am 10.—14. Tage ein und wird mit Strychnin-Injectionen behandelt. Von den Todesfällen entfielen 8 auf Toxämie, 16 auf Asphyxie, 9 auf Bronchopneumonie, 5 auf cardio-gastrische Krise, 5 auf Blutungen und 3 auf acute Tracheitis.

ADOLPH BRONNER.

91) **W. Ewart. Die Tracheotomie bei Diphtherie und ihre Nachbehandlung. (Tracheotomy in diphtheria; the after treatment.)** *Lancet. 15. Juli 1899.*

Verf. empfiehlt die Injection von Creosotöl 1 : 10 zweistündlich, wenn erforderlich, in Dosen von 5—20 Tropfen in allen trockenen Fällen, d. h. in allen denjenigen, bei welchen die Tracheotomie keine Besserung gebracht hat und die Luft nicht frei in die Lungen dringt. ADOLPH BRONNER.

92) **F. Sachs. 14 Fälle von diphtheritischem Croup, behandelt mittelst Intubation. (14 przypadków dławca błoniczego leczonych za pomocą intubacyi.)** *Medycyna. No. 36, 37, 38. 1899.*

Nachdem der Verf. die Geschichte und Technik der Intubation kurz dargestellt hat, beschreibt er genauer 14 Fälle, welche er im Israelitischen Warschauer Krankenhause beobachtet und behandelt hat. Der Intubation ging in allen Fällen eine Seruminjection voraus und erst mit zunehmender Dyspnoe wurden die Kinder intubirt. Verf. verwendet meistens Röhrchen (Tuben) von geringerer Dimension. Von den 14 intubirten Kindern starben 3 an Pneumonie. Die durchschnittliche Zeitdauer, während welcher der Tubus im Kehlkopfe verblieb, beträgt 64 Stunden. Das Herausstossen der Tuben wurde öfters beobachtet, verlief aber stets gefahrlos. Verf. betrachtet die Intubation als einen wesentlichen Fortschritt in der Therapie der Diphtherie. Dieselbe kann die Tracheotomie ganz ersetzen; aber in allen Fällen muss die Seruminjection vorher gemacht werden. A. v. SOKOLOWSKI.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

93) **Anderodias. Ein Fall von Pachydermia laryngea. (Sur un cas de pachydermie laryngée.)** *Gaz. méd. de Picardie. April 1899.*

Nach A. können alle Partien des Kehlkopfes Sitz von Pachydermien sein; diese Affection ist nichts anderes als eine Form von Laryngitis chronica und zwar die hypertrophische Form der chronischen Entzündung. Dieselbe kommt ebensowohl im Anschluss an einen einfachen chronischen Catarrh vor, wie bei tuberculöser oder syphilitischer Entzündung. A. CARTAZ.

94) **Oseki** (Japan). **Pachydermia laryngis.** *Chugai Ijischimpo. December 1898.*

Zwei Krankengeschichten mit schönen Abbildungen; im ganzen aber nichts Neues. OKADA.

95) **A. Kuttner** (Berlin). **Wie entstehen die schalenförmigen Vertiefungen inmitten der pachydermatischen Wülste am Processus vocalis?** *Fraenkel's Arch. f. Laryngologie. Bd. 9. H. 3. S. 355. 1899.*

Nach Virchow ist die feste Anheftung der Schleimhaut an dem Knorpel die Ursache der schalenförmigen Gruben in der Mitte der pachydermatischen Wülste. B. Fränkel dagegen führt die Gruben auf den Druck zurück, welchen die Verdickung des einen Stimmbandes bei der Phonation auf das andere Stimm-

band ausübt; bei einseitiger Verdickung trage der Wulst keine Grube, bei beiderseitiger liegen die Gruben nicht symmetrisch in derselben Horizontalen, sondern der Wulst der einen Seite soll der Vertiefung des anderen entsprechen.

Kuttner beobachtete einen Fall mit mässiger Pachydermie, der folgendes eigenartige Verhalten zeigte: Die beiden Stimmbänder lagen nicht in einer Ebene; es lag vielmehr die linke Stimmlippe so viel höher als die rechte, dass man beim Glottisschluss den Eindruck einer stufenartigen Uebereinanderlagerung hatte, und trotz scharfer Aneinanderlagerung beider Stimmlippen sah man von oben her in die linke Delle hinein.

Dieser Fall erbringt nach K. den „endgiltigen klinischen Beweis, dass der Druck, den die pachydermatischen Wülste beim Zusammenschlagen der Stimmlippen aufeinander ausüben, nicht die einzige Ursache zur Entstehung der fraglichen Vertiefungen bilden kann.“ Neben dieser Annahme des gegenseitigen Druckes muss vielmehr die Virchow'sche Erklärung als berechtigt anerkannt werden.

F. KLEMPERER.

96) **L. Rethi** (Wien). **Die Entstehung der Dellen auf den pachydermatischen Wülsten der Stimmbänder.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 10. H. 1. S. 168.*

R. führt aus, dass Kuttner's Fall (s. voriges Referat) auch eine andere Deutung zulässt und dass überhaupt beweiskräftige Beobachtungen von primärer Dellenbildung bisher nicht vorliegen, während die Entstehung der Vertiefungen durch Druck des gegenüberliegenden Wulstes und gegenseitiges Abschleifen von ihm direct beobachtet worden ist. R. hält deshalb die Fränkel'sche Erklärung der Dellen vor der Hand für „die einzig richtige“.

F. KLEMPERER.

97) **A. Kuttner. Entgegnung an Dr. L. Rethi.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 10. H. 2. S. 345.*

K. weist R.'s Einwände zurück und zeigt an einer schematischen Zeichnung seines Falles, dass bei demselben die Stimmbänder stufenförmig übereinander und die linke Delle mit ihrem oberen und unteren Wulst ganz frei zu Tage lagen, dass also von einer Entstehung dieser Delle durch Druck nicht die Rede sein kann.

F. KLEMPERER.

98) **Richmond Mc Kinney. Chorditis tuberosa oder Sängerknötchen. (Chorditis tuberosa or singer's nodule.)** *Memphis Med. Monthly. August 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

99) **Albert Rosenberg** (Berlin). **Ueber Folgezustände der Sängerknötchen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 51. 1899. The Laryngoscope. October 1899.*

Verf. hält es für sicher, dass die sogenannten Sängerknötchen in Beziehung zu den von B. Fränkel nachgewiesenen Stimmbanddrüsen stehen. Wird die Stimme beim Vorhandensein solcher Knötchen nicht gehörig geschont, so können sich folgende, vom Verf. als typisch betrachtete Veränderungen herausbilden: Zunächst diffuse Anschwellung der Pars libera des Stimmbandes, sodass der Rand einen flachen, convexen Bogen beschreibt. Diese Veränderung geht bei Schonung

auf adstringirende Behandlung zurück. Bei fortdauernder Schädigung des Stimmbandes kann sich eine entzündliche Neubildung oder eine Hyperplasie herausbilden.

ZARNIKO.

100) **H. D. Hamilton. Cyste der Epiglottis. (Cyst of the epiglottis.)** *Montreal Med. Journal. August 1899.*

Die Cyste, welche die ganze liegende Fläche der rechten Seite der Epiglottis und die rechte Vallecula, sowie einen Theil der unteren Epiglottisfläche einnahm, verdeckte den Eingang in den Larynx vollständig.

Die Behandlung bestand in der Entleerung des leicht grünlich gefärbten, gelatinösen Inhalts, Curettement des Innern der Cyste und Injection von 6 Tropfen einer 5proc. Carbolglycerin-Lösung.

EMIL MAYER.

101) **E. Lonys. Ueber intralaryngeale Cysten, insbesondere die branchiogenen Larynxcysten. (Des kystes intralaryngés et en particulier des kystes laryngés branchiogènes.)** *Revue de Chirurgie. December 1899.*

Verf. berichtet über einen Fall, welcher eine 49jährige Frau betrifft, die im August 1898 wegen Dyspnoe und Aphonie ins Genfer Hospital eingetreten war. Die laryngoskopische Untersuchung ergab einen Tumor, welcher das ganze rechte falsche Stimmband sowie die Stimmbandtasche umfasste. Der Tumor hatte ein bläuliches Aussehen. Da man an eine maligne Neubildung dachte, führte man die Tracheotomie und dann die mediane Thyrotomie aus. Als man aber den Tumor ganz übersehen konnte, erschien er nicht mehr als ein maligner. Man verzichtete daher auf die Laryngectomie. Bei der Enucleation barst der Tumor und es entleerte sich eine bräunliche gelatinöse Flüssigkeit. Es handelte sich also um eine Cyste, welche in der Richtung des grossen Horns des Zungenbeins nach aufwärts stieg. Pat. genas vollkommen; die Respiration war frei, doch blieb die Stimme heiser.

Die Untersuchung der Cystenwände zeigte alle Merkmale cervicaler Cysten embryonalen Ursprungs, welche entweder vom bronchialen System oder von der Einmündungsstelle der Schilddrüse sich ableiten. In der Cystenwand fand man an einer kleinen Stelle embryonales Knorpelgewebe.

Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. die Larynxcysten, welche er in folliculäre, lymphatische und embryonale eintheilt. Seine Hauptaufmerksamkeit lenkt er auf die letzteren, auf ihre Beziehungen zum bronchiogenen Apparat und auf ihren dreifachen Ursprung vom bronchialen System, dem Ductus thyreolingualis und von der Einmündungsstelle der Schilddrüse. Die Natur der Cysten kann nur nach Entfernung derselben festgestellt werden.

A. CARTAZ.

102) **Otto Freer. Ein Fall von Kehlkopfgeschwulst. (A case of laryngeal tumor.)** *Chicago Medical Recorder. October 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

103) **Gaudier. Larynxpolypen. (Polypes du larynx.)** *Nord Médical. 1. November 1899.*

Nach den Erfahrungen des Verfassers sollen Larynxpolypen im Departement

du Nord und in der Gegend von Pas-de-Calais oft vorkommen. Verf. hatte Gelegenheit mehrere solcher Tumoren zu beseitigen; er demonstrirt einen voluminösen Polypen, den er kürzlich bei einem jungen Manne entfernt hat.

A. CARTAZ.

104) **P. Manasse. Ueber multiple Amyloid-Geschwülste der oberen Luftwege.** *Virchow's Archiv. Bd. 159. H. 1. S. 117.*

M. berichtet über zwei sehr bemerkenswerthe Beobachtungen.

Fall 1 wurde nicht intra vitam gesehen. Bei der Section eines an Perforationsperitonitis gestorbenen Mannes fand sich auf der Hinterwand des Larynx und der Trachea ein grosser flach aufsitzender Tumor von 3,2 cm Länge und 1,2 cm grösster Breite; am breitesten war der Tumor in der Mitte, nach oben und unten lief er spitz aus; auf dem Schnitt sah er glasig, stark transparent aus; er hatte eine holzige Beschaffenheit und maass in der Dicke bis zum Knorpel 0,8 cm. Dicht daneben an der rechten Seitenwand befand sich eine ähnliche Geschwulst von 2,2 cm Länge, 0,8 cm Breite und 0,8 cm Dicke; ferner waren kleinere kirschkerngrosse vereinzelte Tumoren vorhanden, sowie eine grosse Anzahl kleinster Geschwülste von Stecknadelkopf- bis Hirsekorngrösse über die Schleimhaut der oberen Trachea und des Larynx zerstreut, besonders auf den Seitenwänden, unter den Stimmbändern, subglottisch gelegen, vereinzelte auch in der Interarytaenoidgegend, sowie auf den Processus vocales.

M. hat diese Geschwülste einer genauen histologischen Untersuchung unterzogen, über die er in eingehender und anschaulicher Weise Bericht erstattet. Es handelt sich um Amyloidgeschwülste. Die einzelnen Knötchen lagen einander so nahe, dass „mehr eine diffuse Amyloidinfiltration der befallenen Partien herauskam." Der Bau der Geschwülste stimmt im Wesentlichen mit dem überein, was an den wenigen bisher beschriebenen Amyloidtumoren der oberen Luftwege, die übrigens alle entweder solitär oder doch vereinzelt waren, beobachtet worden ist. M. hebt hervor, dass in seinen Tumoren nichts von Knochensubstanz nachzuweisen war, die in anderen Amyloidgeschwülsten wiederholt constatirt wurde, dass sie dagegen mehrfach hyalines Knorpelgewebe enthielten. Dieses stellte nach M.'s Ansicht nicht abgesprengte Stückchen präformirten Knorpels dar, sondern ist innerhalb der Geschwülste auf metaplastische Weise entstanden. Das Amyloid fand sich in den Tumoren ausser in diffusem Amyloidgewebe besonders auch in den Lymphgefässen. M. illustrirt dies durch eine beigegebene Abbildung, auf der die netzartige Anordnung der amyloidgefüllten Lymphgefässe ins Auge fällt. An den Lymphgefässen konnte M. stellenweise noch deutlich die Endothelien erkennen; dieselben waren zum Theil in vielkernige Riesenzellen umgewandelt, die dann den amyloiden Massen fest anlagen.

Fall 2 betrifft einen 50jährigen Mann, der seit längerem an Schluck- und Athembeschwerden litt. Neben der Uvula sass am linken Gaumen ein graurother Tumor, plump, dick, cylindrisch, von $1^1/_2$—2 cm Länge, einer zweiten Uvula ähnlich. Ausserdem sassen auf beiden Tonsillen mehrere kleinere flache sagokornähnliche Geschwülstchen, dicht bei einander liegend, durch ihre transparente Beschaffenheit ziemlich gut von dem Tonsillargewebe sich abhebend. Schliesslich

fand sich noch ein grosser Tumor im Larynx, die Glottis fast ausfüllend, mit einem Stiel am linken Lig. ary-epiglotticum inserirend.

Der Gaumentumor und die Mandeltumoren wurden mit der Cooper'schen Scheere flach abgetragen, die Kehlkopfgeschwulst auf autoskopischem Wege mit der geraden Nasenschlinge abgeschnürt. Der Gaumentumor zeigte auf dem Schnitt grauweisse Farbe und feste Consistenz, nichts von glasiger Beschaffenheit, der Kehlkopftumor hatte eine sehr durchsichtige glasige Beschaffenheit, die sofort an Amyloid denken liess.

Verf. sah den Pat. noch 1 Jahr nach der Exstirpation; ein Recidiv war bis dahin nicht eingetreten.

Der mikroskopische Befund war von dem des ersten Falles wesentlich verschieden. Die Geschwülste waren hier nicht einfach aus Amyloidsubstanz zusammengesetzt, sondern das Hauptsubstrat bildete ein sehr zellreiches Gewebe von zweifellos sarcomatöser Natur, das fast lediglich aus kleinen Spindelzellen, zuweilen auch aus Rundzellen bestand. In diesem zellreichen Gewebe hatte sich dann erst die amyloide Substanz entwickelt und zwar in so verschiedenem Grade, dass man bei einem Theil der Geschwülste schon makroskopisch die amyloide Natur erkennen konnte, während andere erst nach längerem Suchen mikroskopisch kleine Partien amyloiden Gewebes auffinden liessen. Die Geschwulst des weichen Gaumens enthielt am wenigsten Amyloid, mehr die Tonsillargeschwülste, am meisten der Kehlkopftumor, der fast ausschliesslich aus amyloider Substanz bestand und nur in seinem Centrum eine geringe Menge zellreichen, sarcomatösen Gewebes enthielt. Verf. konnte den allmäligen Uebergang des sarcomatösen Gewebes in amyloides klar erkennen; die amyloide Degeneration der Tumoren begann an der Peripherie und schritt zum Centrum fort. Knorpel- oder Knochengewebe war in den Tumoren nicht vorhanden.

Während es sich im ersten Falle nach M.'s Ansicht nicht um präformirte Bindegewebsgeschwülste handelt, sondern vielmehr um „gemeine Amyloidgeschwülste“, in denen das in ihnen angetroffene amyloide Bindegewebe nicht neugebildet ist, sondern einfach dem submucösen Trachealgewebe entspricht, repräsentirt Fall 2 „präformirte, zellreiche Bindegewebsgeschwülste, die erst später amyloid degeneriren“. Zu den bisher bekannten einfachen Amyloidgeschwülsten der oberen Luftwege tritt also nach Manasse's Untersuchungen eine zweite Art von Amyloidgeschwülsten, die in ihren Anfangsstadien richtige Sarcome oder auch Granulome darstellen, in späteren Stadien jedoch durch allmälige Anbildung von Amyloid den einfachen Amyloidgeschwülsten ziemlich ähnlich werden können.

Die inhaltreichen Ausführungen der M.'schen Arbeit müssen im Original nachgelesen werden; wir heben aus dem letzten Abschnitt derselben nur noch hervor, dass der Verf. der Ansicht ist, dass das Amyloid innerhalb der Lymphgefässe bezw. Saftcanälchen producirt wird und dass er die Riesenzellen, die er auch in Fall 2 findet, als Fremdkörper-Riesenzellen auffasst, entstanden aus den Endothelien der Lymphgefässe infolge des durch die amyloide Substanz als Fremdkörper gesetzten Reizes.

F. KLEMPERER.

105) **G. Masini. Ueber den Werth der Laryngofissur bei Larynxpapillomen. (Sul valore della laringofissione nei papillomi della laringe.)** *R. Academia Medico di Genova. 30. Januar 1899.*

Verf. zieht in diesen Fällen die Laryngofissur der Entfernung per vias naturales vor, weil erstere zur schnelleren Heilung führt. Das Resultat ist stets gut, sowohl in Bezug auf die Wiederherstellung der Kehlkopffunction, als auch was die Recidive betrifft, die, wenn überhaupt, stets so geringfügig auftraten, dass sie leicht auf endolaryngealem Wege entfernt werden können. Er berichtet über einige von ihm derart operirte Fälle; in einem derselben war die Indication zur Operation eine vitale.

FINDER.

106) **Goris. Doppelte Thyrotomie, doppelte Tracheotomie wegen Kehlkopfangioms bei einem 4jährigen Kinde. Heilung. (Double thyrotomie, double trachéotomia pour angiome du larynx chez un enfant de quatre ans; guérison.)** *La Presse Méd. Belge. No. 23. 1899.*

Die laryngoskopische Untersuchung in Chloroformnarcose ergiebt die Anwesenheit eines abgerundeten Tumors, welcher beinahe die ganze Kehlkopfshöhle verlegt, aber hier und da erlaubt das rechte Stimmband intact zu sehen. Wegen dringender Gefahr Tracheotomie gefolgt von Thyrotomie; es zeigt sich ein mamelonnirter, bläulicher Tumor den linken Ventrikel einnehmend und dessen Wand nach oben verschiebend; — diese nach oben verschobene Wand war bei der Laryngoscopie als Tumor erschienen; der eigentliche linsengrosse Tumor stellte sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Angiom heraus. — Er wurde mit der Scheere entfernt und mit dem Thermokauter kauterisirt. Darauf Vernähen des Larynx mit Catgut. Entfernung der Canüle nach 14 Tagen. Da aber das Athmungsgeräusch (Cornage) bei Nacht fortbestand, nahm G. die beiden Operationen von Neuem vor und fand als Ursache das vorgefallene Taschenband, welches der Luft den Weg verlegte. Er nahm nun eine subperichondrale Resection desselben vor mit Ausschneiden eines elliptischen Lappens der Schleimhaut, deren beide Lippen er mit feinem Catgut vernähte. Die Canüle blieb 4 Monate liegen. Resultat ausgezeichnet. Nach 9 Monaten erlag leider das Kind einem intercurrenten Typhus mit schweren Hirn- und Brusterscheinungen.

BAYER.

107) **F. Massei** (Naples). **Die laryngealen Complicationen bei Hautsarcomatose. (Le complicanze laringee della sarcomatosi cutanea.)** *Arch. Ital. di Laringol. Naples. October 1899.*

Verf. berichtet über fünf Fälle, in denen sich im Anschluss an Kaposi's Sarcoid der Haut endolaryngeale Sarcome entwickelten. Drei Fälle sind von Massei, Martuscelli und Prota in klinischer und histologischer Beziehung erschöpfend beschrieben und durch chromolithographische Abbildungen illustrirt. Es ist eine klinisch nicht zu bestreitende Thatsache, dass zwischen multiplen idiopathischen, hämorrhagischen Sarcomen der Haut und endolaryngealen Sarcomen ein Zusammenhang besteht. Während die gewöhnlichen endolaryngealen Neubildungen ihren Prädilectionssitz in den vorderen Partien der Stimmbänder haben, greifen diese Sarcome die hinteren Partien, die Arytaenoidknorpel, den freien

Epiglottisrand und den Tractus hypoglotticus an. Das Fortschreiten dieser Tumoren kann langsam und relativ gutartig vor sich gehen und Gefahr durch mechanische Behinderung fehlt gewöhnlich ganz. Die Geschwülste können, selbst wenn sie gross sind, durch eine endolaryngeale Operation vollkommen beseitigt werden. Auf Grund der Heilungen, die in einigen wenigen Fällen durch die frühzeitige Entfernung der Hautknoten erzielt wurden, hofft Verf., dass ein ähnlicher laryngealer Eingriff die Gefahr der Stenose beseitigen würde. Er ist der Meinung, dass die Krankheit eine generelle und durch Infection mit einem specifischen Agens bedingte ist und in gewissem Grade der Lepra oder dem Lupus (Tuberculose?) gleichzusetzen ist. JAMES DONELAN.

108) **Goris. Carcinomatöser Kehlkopf. (Larynx carcinomateux.)** *Annal. de la Société Méd. Chir. du Brabant. No. 8. 1899.*

Präsentation eines halben Kehlkopfs, welchen G. wegen eines Tumors entfernt hatte, der seinen Sitz auf dem linken Taschenband hatte, das gleichseitige Stimmband in Mitleidenschaft ziehend und noch mit Ueberschreiten der Mittellinie auf das rechte Stimmband übergreifend. G. nahm die Exstirpation der linken Kehlkopfhälfte und einer Partie des rechten Stimmbandes vor. Patient wurde 3 Wochen lang mit der Oesophagussonde genährt und ist vollständig geheilt.

BAYER.

109) **Goris. Kehlkopfkrebs. (Cancer du larynx.)** *Journ. Méd. de Bruxelle. No. 31. 1899.*

In der Med. chirurg. Gesellschaft von Brabant, Sitzung vom 25. Juli 1899, zeigt G. das Präparat einer krebsigen Kehlkopfhälfte vor, welche er exstirpirt hatte. Vgl. vorstehendes Referat. BAYER.

110) **T. Rosati. Epitheliom des Larynx. (Epitelioma della laringe.)** *Archiv. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. November 1898.*

An dem hier berichteten Fall — einem die ganze linke Kehlkopfhälfte bis zum unteren Rand des Ringknorpels einnehmenden Carcinom — ist bemerkenswerth, dass keine Schwellung der regionären Lymphdrüsen zu constatiren war, dass eine Perichondritis suppurativa des Schildknorpels vorhanden war mit Bildung eines Fistelgangs, der in das Larynxinnere führte. Es wurde die totale Laryngectomie gemacht; Exitus nach 14 Tagen infolge von Pleuro-Pneumonie.

FINDER.

111) **Pluder** (Hamburg). **Carcinom des Stimmbands.** *Deutsche med. Wochenschr. 1899. Vereinsbeil. 42.*

74jährig. Pat., Anfang 1897 Laryngofissur, Excision der krebsig erkrankten rechten Stimmbandes (Dr. Wiesinger). Bis zum Tage der Demonstration (April 1899) kein Recidiv, also wohl Heilung. ZARNIKO.

112) **Edmund Meyer** (Berlin). **Zur endolaryngealen Behandlung des Kehlkopfkrebses.** *Berl. klin. Woch. No. 52. 1899. Münch. med. Woch. No. 44. 1899.*

58jähriger, hereditär nicht belasteter Mann, früher guter Sänger, seit einem

halben Jahre heiser, zeigt im Laryngoskop einen grossen, höckerigen Tumor am linken in der Beweglichkeit stark beeinträchtigten Stimmbande. Die Diagnose Carcinom wird durch die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückes bestätigt. In der Zeit vom 26. April bis 24. Juli 99 wird durch endolaryngeale Operationen die Neubildung ausgerottet. Am 9. Dec. 99 war kein Recidiv nachzuweisen.

Verf. betont ausdrücklich, dass die Beobachtungszeit viel zu kurz sei, um von einer Heilung zu sprechen, hält eine solche aber nicht für ausgeschlossen.

ZARNIKO.

113) **J. Cisneros** (Madrid). **Ein Fall von Pharyngotomia transhyoidea. (Un caso de faringotomia transhioidea.)** *Archiv. Latin. de Rinol., Laryngol., Otol. No. 99—100. 1899.*

In dem vom Verf. erwähnten Falle handelte es sich um ein Epitheliom der unteren Fläche des Kehldeckels, das die Athmung des Patienten bedeutend erschwerte und die Tracheotomie erheischte. Da schliesslich auch das Schlucken fast unmöglich wurde, führte C. die Pharyngotomia transhyoidea (? Red.) aus und konnte auf diesem Wege durch die weite Wundöffnung den Tumor ohne Schwierigkeit exstirpiren. Die Deglutition wurde bald normal, und auch die Canüle konnte nach einigen Tagen entfernt werden.

R. BOTEY.

114) **E. Urnunela** (Madrid). **Kehlkopffissur und Exstirpation des rechten Aryknorpels. (Laryngofisura y exstirpacion del aritenoides derecho.)** *Revist. de Medic. y Cirug. pract. No. 612. 1899.*

Genannte Operation war indicirt wegen eines Epithelioms, welches das rechte Stimmband und den Aryknorpel derselben Seite einnahm und das Gelenk durch Infiltration unbeweglich machte. Die Wunde neigte einer vollkommenen Heilung zu, leider unterlag der Pat. 1 Monat nach der Operation einer infectiösen Broncho-Pneumonie.

R. BOTEY.

115) **R. Forns** (Madrid). **Ein Fall von Exstirpation des Kehlkopfes wegen Epitheliom. Heilung mit Erhaltung der Stimme. (Un caso de exstirpacion de la laringe por epitelioma. Curacion conservando la voz.)** *Revist. de Medic. y Cirug. pract. No. 25. Mai 1899.*

Der von F. ca. 3 Monate nach der Operation veröffentlichte Fall betraf ein Epitheliom, welches die Kehlkopffläche der Epiglottis und beide Ventrikelbänder betraf. Lymphdrüseninfarct war nicht vorhanden. Patient verliess die Klinik mit geschlossener Halswunde und einer Trachealcanüle. Athmung, Schluckvermögen und Sprache gelangen ohne Schwierigkeit.

R. BOTEY.

116) **Brewer. Totalexstirpation des Kehlkopfs wegen Epitheliom. (Total laryngectomy for epithelioma.)** *N. Y. Medical Record. 14. October 1899.*

Der Pat. stand am 15. Tage nach der Operation auf und ist seither wohl geblieben.

LEFFERTS.

117) **Jacob Frank. Ein Fall von Laryngectomie mit Vorstellung des Patienten. (Case of laryngectomie with exhibition of patient.)** *Chicago Medical Record. December 1899.*

Das Interessante an diesem Falle ist die lange Zeit, die seit dem Erscheinen der ersten Symptome bis heute verstrichen ist. Man muss sich fragen, ob es möglich ist, dass die Erkrankung von Anfang an bösartig war und so viele Jahre hindurch ruhig blieb? Oder ob sie anfangs tuberculöser Art war und sich erst durch den langwährenden Reiz in Carcinom umgebildet hat. Verf. lässt diese Frage offen.

EMIL MAYER.

118) **Sendziak. Einige Bemerkungen betreffs der operativen Behandlung des Larynxkrebses.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 9. 1899.*

Auf Grund einer Statistik von 640 Fällen kommt S. zu folgenden Schlüssen:

Operative Behandlung ist die einzige berechtigte im gegenwärtigen Stand unserer Wissenschaft bei Larynxkrebs; sie giebt in den frühesten Stadien die besten Resultate und gehört zu den erfolgreichsten Methoden die Laryngofissur, sowie die halbseitige Exstirpation; letztere giebt in Bezug auf Recidive grössere Gewähr. Die Fälle für die Totalexstirpation müssen jetzt mit mehr Kritik auswählt werden als früher der Fall war.

SCHECH.

119) **Sir Felix Semon. Einige Bemerkungen zu der neuen Sendziak'schen Statistik über die operative Behandlung des Larynxkrebses.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 11. 1899.*

Semon behauptet, dass auch der neuen Sendziak'schen Statistik Mängel anhafteten wegen der allgemeinen Grundlage, auf der sie aufgebaut sei. Daher erscheinen auch die Resultate der Thyreotomie viel weniger glänzend, als sie in der Wirklichkeit sind; auch bleibt die Thyreotomie in Bezug auf die Möglichkeit der Recidive hinter der partiellen Resection nicht zurück.

Er begründet seine Opposition durch Mittheilung seiner persönlichen Erfahrungen. Gegenüber den 22 pCt. „vollständiger“ und „relativer“ Heilung, welche Sendziak ausrechnet, hat er von 83,3 pCt. dauernder Heilungen nach der Thyreotomie aus seiner Privatpraxis zu berichten.

Die Details sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

120) **J. Lemoine. Studie über Tumoren der Trachea. (Etude sur les tumeurs de la trachée.)** *Thèse de Paris. 1899.*

In seiner sehr lehrreichen Arbeit studirt Verf. die Tumoren der Trachea. Er theilt sie ein in benigne (Polypen und Vegetationen, die sich nach der Tracheotomie entwickeln) und maligne, zu denen er die Sarcome und Carcinome primärer und secundärer Natur zählt. L.'s Betrachtungen erstrecken sich auf 66 von ihm selbst zusammengestellte Fälle und die 33 Fälle von Solis-Cohen. Von diesen 99 Fällen wurde nur in 34 die Diagnose durch die laryngoskopische Untersuchung gestellt, in den übrigen konnte sie erst bei der Autopsie gemacht werden. Verf. beschäftigt sich eingehend mit dem klinischen Verlauf der Tumoren und mit den Symptomen, welche zur Beobachtung kommen; er erörtert die bisweilen recht

schwer zu stellende Diagnose und schliesst mit der Besprechung der Prognose und Therapie. Unter 26 Fällen von gutartigen Neubildungen erzielte man durch operativen Eingriff bei 10 von 14 Patienten Heilung; von den 12 nicht operirten verliefen 10 letal.

A. CARTAZ.

121) **G. Prota** (Neapel). **Primäres Sarcom der Trachea. (Sarcoma primario della trachea.)** *Archiv. Ital. di Laryngol. Neapel. April 1899.*

Verf. berichtet über zwei Fälle dieser Krankheit. Der erste betrifft eine Frau von 40 Jahren, bei der die Trachea durch einen Tumor von Haselnussgrösse nahezu vollständig verschlossen war. Die Operation wurde angerathen; aber die Pat. verliess das Krankenhaus unoperirt und P. konnte nichts weiter über ihr Schicksal in Erfahrung bringen.

Fall 2 betrifft ebenfalls eine Frau von 50 Jahren. Dieselbe zeigte eine Geschwulst wie eine Mandel unterhalb des linken Stimmbandes, über die Regio interarytaenoidea bis unter das hintere Ende des rechten Stimmbandes sich ausdehnend. Auch diese Pat. verliess unoperirt das Krankenhaus.

Die Diagnose beider Fälle gründet sich also nur auf das laryngoskopische Aussehen der Tumoren und die Anamnese.

JAMES DONELAN.

122) **E. Boschi. Bemerkungen über einen primären epithelialen Tumor der Trachea. (Osservazioni intorno ad un caso di tumore epiteliale primitivo della trachea.)** *Società Medico-Chirurgica di Bologna. 22. December 1899.*

Ein 60jähriger Mann leidet seit circa 10 Jahren an Blutspeien, das sich in den letzten 2 Jahren zu starkem Bluthusten steigert. Es treten Zeichen von Trachealstenose auf und schliesslich erfolgt unter den Zeichen einer Bronchopneumonie der Tod. Die Section ergiebt im unteren Theil der Trachea einen Tumor, der dicht über der Bifurcation beginnend nach oben bis 5 cm über derselben reicht und das Lumen derartig verengt, dass an der engsten Stelle nur noch ein 7 mm im Durchmesser betragender freier Raum bleibt. Der Tumor ist nach aussen aus der Trachea herausgewachsen, hüllt sie völlig ein und ist vorn mit der hinteren Wand der Aorta ascendens und dem Aortenbogen verwachsen.

Die histologische Untersuchung ergiebt einen Cylinderepithelkrebs, der wahrscheinlich seinen Ursprung vom Epithel der Trachea und dem Epithel der Ausführungsgänge der Schleimdrüsen genommen hatte.

FINDER.

f. Schilddrüse.

123) **Blum** (Frankfurt a. M.). **Zur Chemie und Physiologie der Jodsubstanz der Schilddrüse.** *Pflüger's Archiv. LXXVII. 1899.*

Auf Grund seiner jetzigen und früheren Versuche kommt B. zu folgenden Schlüssen:

Die Jodsubstanz der Schilddrüse ist nicht, wie Baumann annahm, eine aus einem Jodantheil und einem Eiweisskörper gepaarte Verbindung; alles spricht

vielmehr dafür, dass es sich um eine Jodeiweisssubstanz handelt. Diese aber ist ein mehr oder weniger unvollkommen mit Jod gesättigtes Toxalbumin.

Nichts spricht gegen die antitoxischen Eigenschaften des natürlichen Jodirungsprocesses der Schilddrüse.

Im Centralnervensystem finden sich bei den nach der Herausnahme der Schilddrüse verendeten Thieren regelmässig schwere Veränderungen an den Ganglienzellen.

Die Thyreoidea ist ein Schutzorgan für das Centralnervensystem, indem sie bestimmte, die Ganglienzellen schädigende Stoffe aus dem sie durchspülenden Blute aufgreift; dies geschieht wahrscheinlich dadurch, dass eiweissartige Stoffe derselben das freie Gift an sich fesseln. Das aus dieser Verbindung hervorgehende Thyreotoxalbumin wird innerhalb der Drüse durch Oxydationsprocesse, deren wichtigste die Jodirung sein dürfte, entgiftet. Es entsteht dabei als intermediäres Product der theilweise mit Jod gesättigte toxische Eiweisskörper.

Die Schilddrüse ist ein Fesselungs- und Entgiftungsorgan gegenüber schweren, im Organismus entstehenden Nervengiften. A. ROSENBERG.

124) C. M. Allan. **Galle als Correctiv bei Hyperactivität der Schilddrüse. (Bile as a corrective of thyreoid over activity.)** *N. Y. Medical Journal. 30. September 1899.*

Die Patientin erhielt Taubengalle in Form von Burroughs-Wellcome'schen Tabloids und grosse Dosen per os und subcutan. Der Effect war entschieden günstig und das Allgemeinbefinden hob sich sehr. Der Fall ist aber kein ganz klarer, da die Pat. keinen deutlichen Kropf hatte und die Dejectionen gallearm waren. LEFFERTS.

125) Walter W. Kennedy. **Die Behandlung des Kropfes mit Schilddrüsenextract. (The treatment of goitre with thyreoid extract.)** *New England Med. Monthly. August 1899.*

In Verbindung mit der Application von rother Quecksilberjodidsalbe gab K. Thyroidextract in 5 Fällen mit gutem Erfolge. EMIL MAYER.

126) Richelot (Paris). **Resection eines Kropfes, der zu Basedow'schen Symptomen geführt hatte. (Résection d'un goitre basedowifié.)** *Acad. de Méd. 20. Juni 1899.*

Die Patientin hatte einen kleinen einseitigen Kropf im rechten Schilddrüsenlappen und es stellten sich Exophthalmus des rechten Auges, Unruhe und Tachycardie ein.

Der kranke Schilddrüsenlappen wurde enucleirt und resecirt, worauf die Basedow-Symptome dauernd verschwanden. PAUL RAUGÉ.

127) Gilbert und Castaigne. **Toxisch-infectiöser Ursprung der Basedow'schen Krankheit. (Origine toxi-infectieuse du goitre exophthalmique.)** *Société de Biologie. 3. Juni 1899.*

Die Verff. beobachteten 3 Fälle von Basedow'scher Krankheit, in denen der



infectiöse Ursprung klar zu liegen schien. Der erste schloss sich an einen Typhus an, im zweiten bestanden zahlreiche geschwollene Lymphdrüsen um die Kropfgeschwulst und im dritten Falle handelte es sich um eine tuberculöse Sklerose.

PAUL RAUGÉ.

128) **Castaigne** und **Gilbert. Basedow'sche Krankheit und Tuberculose der Schilddrüse. (Goitre exophthalmique et tuberculose de la glande thyroide.)** *Société de Biologie. 3. Juni 1899.*

Bei der Section der Patientin, die an Basedow'scher Krankheit gelitten hatte, fand sich Tuberculose der Milz, Leber, des Pankreas und der Schilddrüse.

PAUL RAUGÉ.

129) **H. J. Vetlesen** (Christiania). **Der Morbus Basedowii mit besonderer Rücksicht auf Pathogenese und Behandlung.** *Zeitschr. f. klin. Medicin. XXXVII. 1899.*

Die perverse Secretion der Schilddrüse beim Morb. Basedow. und die dadurch hervorgerufenene Autointoxication wird durch eine perverse Innervation hervorgerufen; diese ist das primum movens.

In der Therapie spielt eine grosse Rolle: Ruhe und vernünftige Lebensweise.

Von Medicamenten wirkt Jod äusserlich manchmal gut gegen die Struma. In wenig vorgerückten Stadien der Krankheit sah V. einige Male gute Resultate von Acid. sulf. dilut. (3mal täglich 10 Tropfen); ebenso kann Natr. phosphor. befriedigende Erfolge erzielen. Thyreoidsubstanz und Jodothyrin sind nutzlos.

Die Resection der Schilddrüse bringt manchmal wirkliche Heilung, andere Male bedeutende Besserung mit Neigung zum Rückfall, in anderen Fällen nur kurzdauernde Linderung; ähnliche Resultate liefert die Sympathicussection resp. -resection.

A. ROSENBERG.

130) **Pitres. Behandlung der Basedow'schen Krankheit mit Injectionen von Jodoformlösung. (The treatment of exophthalmic goitre with injections of iodoform solutions.)** *N. Y. Medical Record. 23. September 1899. V. Congrès franc. de méd. Lille. August 1899.*

Die Injectionen von Jodtinctur hat P. aufgegeben, weil sie manchmal von Abscessen gefolgt waren. An ihrer Stelle gebraucht er jetzt eine Lösung von Jodoform in Aether und injicirt davon 1 ccm in das Kropfgewebe in Intervallen von etwa 8 Tagen. Der Schmerz ist heftig, hält aber nur ca. 12 Minuten an. Die nervösen Symptome gehen danach zurück, der Schlaf kehrt wieder, die Drüse wird allmälig härter und kleiner und der Exophthalmus verschwindet. Die cardiale Reizbarkeit hält noch einige Zeit an, aber die arterielle Pulsation nimmt doch ab und das Gefühl der Palpitation verschwindet. Von 12 Fällen, die Verf. so behandelte, sind 6 seit mehr als 2 Jahren in gutem Zustande, und von den 120 Injectionen, die er gemacht hat, hatte keine einzige üble Folgen.

LEFFERTS.

131) **Sklarek. Schilddrüsenanwendung bei angeborenem Myxoedem. (Thyroid medication in congenital myxoedema.)** *N. Y. Med. Journal. 16. Sept. 1899.*

Ein Mädchen, das mit 17 Jahren erst 27 Zoll gross und geistig auf dem

Standpunkt eines 1jährigen Kindes geblieben war. Nach 16 Monaten langer Schilddrüsentherapie war die Patientin um 8 Zoll gewachsen und hatte sich geistig zur Intelligenz eines 3—4jährigen Kindes entwickelt.

LEFFERTS.

132) **E. Hertoghe** (Antwerpen). **Ueber die gutartige chronische Hypothyroidie oder das „abortive Myxoedem". (De l'hypothyroidie bénigne chronique ou myxoedème fruste.)** *Bulletin de l'Académie Royale de Med. de Belg. No. 3. 1899.*

Studie über das abortive Myxödem. Nach einer historischen Einleitung geht Verf. zu seinen Untersuchungsmethoden über, bezüglich deren er drei Wege verfolgt:

a) Die hereditären Antecedentien,
b) die Analyse und Synthese des wahren Myxödems, welche nur mit den leisesten Spuren der Hypothyroidie vertraut machen,
c) die Anwendung des Thyroidins als Prüfstein; das Thyroidin hat keinen Einfluss auf die Störungen der Hypothyroidie.

Sodann geht er über auf die detaillirte Darstellung der Aetiologie und Symptomatologie der Affection, ihres Verlaufs und zum Schluss ihrer Behandlung. Er lässt dann noch eine Reihe Beobachtungen bei Erwachsenen und Kindern folgen.

BAYER.

133) **Schloffer. Idiotie mit mongoloidem Typus und Schilddrüsenmangel.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 10. Februar 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 27. 1899.*

Als interessante Begleiterscheinung weist Sch. auf die sehr deutliche Epicanthusbildung hin. — Es wurden Schilddrüsentabletten mit Erfolg angewendet.

CHIARI.

g. Oesophagus.

134) **Bilhaut. Die Fremdkörper des Verdauungstractus, speciell der Speiseröhre und die Bedeutung der Radioscopie. (Corps etrangers du tube digestif et en particulier de l'oesophage; importance de la radioscopie.)** *Bulletin Soc. méd. des praticiens. p. 205. 1899.*

7jähriges Kind schluckt einen Sou, den es zwischen den Zähnen hält. Nach 3 Tagen klagt es über Schwierigkeiten beim Schlucken. Man macht eine Röntgenaufnahme und constatirt, dass die Münze im Magen ist; trotzdem klagt das Kind über schmerzhafte Erscheinungen im Oesophagus. Nach Darreichung eines Abführmittels wird der Fremdkörper per rectum entleert.

In einem zweiten Falle ergiebt das Skiagramm, dass eine Münze in der Speiseröhre steckt. Das Kind wird aufrecht hinter den Fluorescenzschirm gestellt und der Münzenfänger eingeführt. Derselbe erreicht die Münze, die dabei in den Magen gleitet und später im Stuhle entleert wird.

Auch Fall 3 betrifft ein Kind, das einen Sou verschluckt hat. In diesem

Falle gelingt die Extraction aus dem Oesophagus unter Controle auf dem Röntgenschirm.

A. CARTAZ.

135) **G. G. Eitel. Oesophagotomie zur Extraction eines seit 6 Jahren und 4 Monaten eingeklemmten Gebisses. (Esophagotomy for the extraction of an impacted tooth-plate of six years and four months standing.)** *N. Y. Med. News. 16. September 1899.*

Die Ueberschrift nennt die wesentlichsten Facten. Nach der Operation bestand anfangs eine leichte Behinderung der Athmung. Das Schlucken ist seit Schluss der Fistel vollständig frei und die Pat. erfreut sich jetzt der besten Gesundheit.

LEFFERTS.

136) **Louis Gross. Spasmodische Strictur des Oesophagus mit Bericht über einen Fall von ungewöhnlicher Dauer. (Spasmodic stricture of the oesophagus with a report of a case of unusual duration.)** *Philad. Monthly Med. Journ. September 1899.*

Ausser der Dysphagie war eine vollständige Unbeweglichkeit der rechten Kehlkopfhälfte zu constatiren und diese letztere zeigte auch keine Aenderung, als das Schlucken wieder normal geworden war. (Von Interesse wäre es, den weiteren Verlauf des Falles zu erfahren. Ref.)

EMIL MAYER.

137) **Debove** (Paris). **Verengerung des Oesophagus. (Du rétrécissement de l'oesophage.)** *Médecine Moderne. 19. Juli 1899.*

Discussion über einen Fall von Verengerung des Oesophagus, die seit zehn Jahren besteht. Verf. glaubt, dass es sich um ein Ulcus handelt, welches sich in der Regio cardiaca entwickelte.

Die Verengerung schwand nach einigen Dilatationen.

PAUL RAUGÉ.

138) **Koepplin** (Lyon). **Narbenstrictur des Oesophagus. Lungengangrän. Tod. (Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage. Gangrène pulmonaire. Mort.)** *Soc. des Scienc. Méd. de Lyon. Juli 1899.*

34jähriger Patient mit einer Strictur der Speiseröhre nach Verschlucken von Kalilauge. Die progressive zeitweilige Dilatation der Strictur führte wesentliche Besserung herbei, aber plötzlich bekam der Patient Lungenerscheinungen und starb. Die Section ergab von der Oesophagusstenose ausgehende pleuro-pulmonäre Veränderungen gangränöser Natur, die offenbar durch die Katheterisirung des Oesophagus verschuldet waren. Der Fall lehrt wieder, wie vorsichtig man bei Narbenstricturen mit der Sondirung sein soll; die Gastrotomie verdient den Vorzug.

PAUL RAUGÉ.

139) **Zuppinger** (Wien). **Wie eine Meningitis purulenta Perforationsperitonitis nach Bougirung einer Oesophagusstrictur vortäuschen kann.** Aus dem Kronprinz Rudolf Kinderspitale. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 34. 1899.*

Ein dreijähriges Kind wurde wegen einer Laugenessenz-Strictur des Oesophagus bougirt. Im Anschlusse an eine Bougirung nach einigen Stunden relativen Wohlbefindens starke Schmerzen im Kopf und Bauch, Erbrechen, Krämpfe. —

Exitus unter Convulsionen. — Obductionsbefund: Meningitis purulenta basilaris cum hydrocephalo interno acuto als Todesursache. Im Oesophagus und speciell der Strictur keine Verletzung. — Aetiologie dunkel.

CHIARI.

140) **Chas. D. Aaron. Strictur des Oesophagus und Electrolyse mittelst einer neuen Electrode. (Stricture of the esophagus and electrolysis by a new esophageal electrode.)** *The Physician and Surgeon. September 1899.*

Beschreibung des Instrumentes; der negative Pol wird in die Strictur eingeführt, der positive auf die Cartilago xiphoidea aufgesetzt. Verf. berichtet über 3 geheilte Fälle.

EMIL MAYER.

141) **P. Lereboullet. Krebsige Verengerung der Speiseröhre. (Retrécissement cancéreux de l'oesophage.)** *Société anatomique. 2. Juni 1898.*

Von Interesse ist die Schwierigkeit, welche die histologische Diagnose in diesem Falle hatte. Der primäre Tumor der Speiseröhre und die secundären Knoten in der Leber boten mehr das Aussehen eines rundzelligen Sarcoms. Erst in einer peripancreatischen Drüse fand man in einigen Schnitten die characteristischen Merkmale eines Pflasterzellen-Epithelioms.

PAUL RAUGÉ.

142) **Thévenot** (Lyon). **Tumor des Oesophagus der auf die Trachea und die Thyreoidea übergegriffen hatte. (Tumeur de l'oesophage ayant envahi la trachée et le corps thyroide.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. Juli 1899.*

Die Symptome bestanden in Dysphagie und Heiserkeit, zu denen sich später Fieber und eine rapide Vergrösserung der Schilddrüse mit Erstickungserscheinungen gesellten. Es wurde die Tracheotomie ausgeführt, doch erlag Pat. einer Bronchopneumonie. Die Section ergab einen vegetirenden Tumor an der hinteren Wand der Trachea und der vorderen des Oesophagus. An diesem fand sich eine ovale Perforation oberhalb des intact gebliebenen Larynx. Das Neoplasma hatte sich auf den rechten Lappen der Thyreoidea ausgebreitet.

Die Phonationsstörungen waren die Folge einer durch Mitergriffensein der Halsdrüsen bedingten Compression der Recurrentes.

PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Verhandlungen der rhino-laryngologischen Section der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu München.

18.—23. September 1899.

I. Sitzungstag, 18. September 1899.

Professor Dr. Schech (München) eröffnet als Einführender mit einer Begrüssungsrede die Sectionssitzungen und widmet sodann dem vor einigen Tagen

verstorbenen Altmeister der Laryngologie Professor Dr. Stoerk einen warmen Nachruf.

Auf Antrag des Geheimrath M. Schmidt (Frankfurt) wird an die Wittwe Stoerk's ein Beileidstelegramm abgesandt.

II. Sitzungstag, 19. September 1899, Vormittagssitzung.

Vorsitzender Prof. Schech.

Die Section folgt zunächst einer Einladung der otologischen Section, um dort einer Demonstration Dr. Brühl's (Berlin) beizuwohnen von Präparaten der Nebenhöhlen der Nase, die durch Ausgiessen der Höhlen mit Metall mit nachfolgendem Entkalken und Auffüllen der Knochen hergestellt sind.

L. Bayer (Brüssel) spricht über einen Fall von nahezu vollständigem Trachealverschluss durch eine aus einer alten Trachealnarbe hervorgewucherte Neubildung mit Heilung auf natürlichem Wege.

Der Patient, als Kind wegen Croup tracheotomirt, später luetisch afficirt und antisyphilitisch behandelt, kommt wegen Stimmlosigkeit und Athembeschwerden mit Erstickungsanfällen in Behandlung.

Aeusserlich am Hals eine lange und breite auf Druck sehr schmerzhafte Narbe; innerlich unter der Glottis eine grosse diaphragmatische Verengerung aus Granulationsmassen. Radicaloperation wird verweigert, deshalb Ung. cin. mit Massage der Narbe und des Tumors von aussen und innen, wodurch der Tumor sich rasch zurückbildet und schliesslich ganz schwindet.

L. Bayer (Brüssel): Ueber einen Fremdkörper im Oesophagus mit Radiographie.

B. zeigt die Radiogramme von einem 3jährigen Knaben, welcher seit sechs Tagen eine Kupfermünze im Oesophagus in der Höhe des 1. bis 2. Dorsalwirbels stecken hatte. Extraction in Chloroformnarkose.

In der Discussion warnen O. Chiari (Wien) und Killian (Freiburg) sehr vor der Anwendung der gewöhnlichen Münzenfänger bei spitzen Gegenständen und bei Kindern. Killian empfiehlt auf das Wärmste die Oesophagoskopie nach vorheriger orientirender Sondirung und guter Cocainisirung, die sich auch bei Kindern in Chloroformnarkose ausführen lässt.

von Cube (Mentone) empfiehlt, wenn nicht directe Erstickungsgefahr vorliegt, die Extraction vorher durch kalte Umschläge und Oeleingiessungen vorzubereiten und sie so zu erleichtern.

Seifert (Würzburg): Ueber die Behandlung der diphtherischen Stimmbandlähmung.

Neben der Anwendung von roborirenden Mittel und Electricität legt Seifert besonders hohen Werth auf methodische Athem- und Stimmübungen ganz ähnlich wie bei der Behandlung einer hysterischen Stimmbandlähmung.

Er berichtet über einen Fall, der lange Zeit hindurch allen anderen thera-

peutischen Maassnahmen trotzte, schliesslich durch methodische Stimmübungen in 8 Tagen völlig geheilt wurde.

Discussion: Killian (Freiburg) spricht zunächst über die hysterischen Störungen im Larynx. Er hält auch heute noch trotz der Anfechtungen von verschiedenen Seiten an seinen in den Treupel'schen Arbeiten niedergelegten Ansichten fest. Die hysterischen Störungen im Larynx sind rein psychischer Natur und beruhen auf abnormen durch Autosuggestion entstandenen Vorstellungen. Was die rein psychische, suggestive Behandlung dieser Leiden angeht, so empfiehlt Killian stets zu versuchen die Patienten in der ersten Sitzung zu heilen, was in $^{9}/_{10}$ der Fälle mit Geduld und Zeitaufwand auch gelingt. Wichtige Dienste bei den Phonationsübungen leisten oft das Hustenlassen der Patienten oder die Anleitung laute schlürfende inspiratorische Töne hervorzubringen, Bepinselung des Larynx mit einer 20 proc. Cocainlösung entzieht dem Vorstellungsvermögen der Hysterischen oft die localen, laryngealen Empfindungen, durch die sie bisweilen in dem richtigen Gebrauch ihrer Stimmbänder gestört werden.

Heryng (Warschau) empfiehlt bei ganz hartnäckigen Fällen von hysterischen Lähmungen zur Hypnose zu greifen, von der er einige Male gute Erfolge gesehen.

Hedderich (Augsburg) schliesst sich dem an.

Burger (Amsterdam) interpellirt zum Schlusse Seifert, wie er sich den Heilungsverlauf bei einer diphtherischen Lähmung durch methodische Athem- und Sprechübungen vorstelle, wo von einer suggestiven Wirkung nicht die Rede sein könne, da es sich dabei doch um eine Lähmung auf rein neuritischer Basis handle.

Seifert glaubt, dass die Heilung dabei rein auf mechanischem Wege zu Stande komme, indem die methodischen Stimmübungen wohl die beste Massage- und Trainirübung für die Kehlkopfmuskeln und Nerven abgeben.

An eine suggestive Wirkung könne in seinem Fall auch nicht gedacht werden, da es sich um eine rein diphtheritische Lähmung handelte und Hysterie auszuschliessen war.

In einer gemeinschaftlichen Sitzung mit der Abtheilung für Ohrenheilkunde sprach Max Scheier (Berlin) über die Section des Nasenrachenraumes und Hoffmann (Dresden) „Zur Pathologie der Kieferhöhle, mit Demonstration.

Nachmittagsitzung.

Vorsitzender: Prof. Jurasz.

Schech (München) spricht über elektrische Anschlussapparate die anderweitig schon beschrieben sind und demonstrirt ein Anschlusstableaux von Reiniger, Gebbert und Schall, sowie die Hilfsapparate, Motor und Durchleuchtungslampe.

Dr. Vohsen (Frankfurt) bespricht die Resultate der Durchleuchtung der Stirnhöhle und kommt zu dem Schlusse, dass dieselben mit seinem guten Apparat ausgeführt, sehr brauchbar seien. Die gleichzeitige Durchleuchtung beider Stirn-



höhlen mit der Doppellampe sei nicht zu empfehlen, und sei es schwer bei Anwendung einer Lampe sich die Grenzen des erleuchteten Bezirkes genau zu merken, zumal der Vergleich fehle wie bei der Durchleuchtung der Kieferhöhle.

III. Sitzungstag, 20. September 1899, Vormittags.

Killian (Freiburg) demonstrirte seine in der combinirten Sitzung der chirurgischen und internen Abtheilung schon beschriebene Bronchoskopie; an die laryngologische Section war dazu Einladung ergangen.

Nachmittagssitzung.

Vorsitzender: Prof. Chiari (Wien).

Es wurden kleinere therapeutische Mittheilungen und Demonstrationen gebracht.

Hecht (München) demonstrirte seinen gedeckten Aetzmittelträger für Trichloressigsäure, den er bereits im Archiv für Laryngologie, Band 7, Heft 2 und 3, beschrieben.

Heryng (Warschau): „Ueber das Kehlkopfgurgeln", das er zuerst an einem Collegen in Cannes mit dem Kehlkopfspiegel beobachten konnte. Nach einigen Uebungen brachte es Heryng dahin, das Kehlkopfgurgeln an sich selber vorzunehmen. Haupterforderniss ist, dass man nur eine kleine Flüssigkeitsmenge in den Mund nimmt, die man dann bei etwas zur Seite geneigten Kopf über den Kehldeckel in den Larynx fliessen lässt. Es gelingt nur mit einer sehr kleinen Flüssigkeitsmenge.

M. Schmidt bemerkt dazu, dass Ginvier seiner Erinnerung nach der erste war, der die Flüssigkeit beim Gurgeln zuerst im Kehlkopf sah. Die von Schmidt angestellten Versuche misslangen, weil er zu viel Flüssigkeit nahm.

Das von Mosler beschriebene Nasengurgeln gelinge leicht, wenn man vor der Flüssigkeitseinnahme tief Athem hole und dann während des Gurgelns rasch und kräftig exspirire, wodurch die Flüssigkeit aus dem Rachen in die Nasenhöhle geschleudert werde. Beide Methoden zu Gurgeln seien für den trockenen Katarrh sehr zu empfehlen.

Kümmel (Breslau). Vom Gurgelwasser könne man nicht verlangen, dass es die Bakterien der Mundhöhle abtöte, es solle nur die Nährböden der Bakterien schlecht machen. In Wasser unlösliche Mittel sind es auch nicht auf der Schleimhaut. Er empfehle daher zum Gurgeln auf das Wärmste das Jodoform.

Jurasz (Heidelberg) macht einige therapeutische Mittheilungen. Bei Tonsillitis lacunaris acuta empfiehlt er die Schlitzung und das Auswischen der Tonsille mit 1—2 proc. Chlorzinklösung als ein coupirendes Mittel sehr.

M. Schmidt (Frankfurt) bemerkt dazu, dass 2proc. Nirvanininjectionen das Schlitzen schmerzlos machen könne und die spätere Heilung sehr beschleunige.

Jurasz empfiehlt ferner bei Verwachsungen des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand habe ihm die Elektrolyse ein höchst günstiges Resultat herbeigeführt, während Dilatationen nach Hajek ihn im Stiche liessen.

M. Schmidt behandelte einen Fall nach Hajek, der seit 5 Jahren geheilt ist, dabei habe die Hajek'sche Methode den Vortheil, dass der Patient nach einigen Tagen die Tamponade selber lernen und entlassen werden könne, während die Electrolyse grosse Ausdauer an den Arzt und Patienten stelle.

Schaefer (Neustadt) berichtet über einen Fall, der durch Electrolyse seit dreiviertel Jahren geheilt ist.

IV. Sitzungstag, 22. September 1899, Vormittagssitzung.

Vorsitzender: Prof. Killian.

Onodi (Budapest) hatte seinen Vortrag über „Chorea laryngis" im Manuscript eingeschickt, da er selber am Erscheinen verhindert war. (Der Vortrag wird von dem dazu beauftragten Prof. Schech vorgelesen.)

Onodi will in die Frage der Chorea laryngis, die durch die widersprechenden Auffassungen und Bezeichnungen der verschiedenartigsten Fälle eine so verwickelte ist, durch seine ausführliche Abhandlung Klarheit bringen.

Nach einer historischen Einleitung giebt Onodi zunächst den heutigen Stand von der Lehre der Chorea im Allgemeinen, bevor er sich den Fällen zuwendet, welche mit dem Namen Chorea laryngis in Verbindung stehen. Schon hierbei zeigt er, wie schwer die echte Chorea oft von der Chorea hysterica zu unterscheiden ist, und wie man immer vor der Diagnosestellung der echten Chorea auf hysterische Stigmata fahnden müsse. Ja nach Gowers liege oft das einzige wichtige Unterscheidungsmerkmal in der Aetiologie, in denen alle die Fälle, bei denen als ursächliches Moment die Nachahmung sich constatiren lasse, für Hysterie sprächen.

Was die Chorea laryngis anlangt, so stehe es damit nicht besser.

Zunächst sammelt Onodi mit grösstem Fleisse die Ansichten und Definitionen über Chorea laryngis der verschiedensten Forscher und trägt die Fälle der Literatur zusammen, die mit der Diagnose Chorea laryngis belegt wurden, und zeigt dabei, welche Verworrenheit auch hier besteht.

Meist sind es Fälle von unwillkürlichen Muskelcontractionen im Larynx, verbunden mit eigenthümlich tönenden Lauten, oft nur lautem bellenden Husten; manche mit Chorea laryngis bezeichnete Fälle traten durch Nachahmung endemisch auf.

Nach dem Allen haben schon Forscher wie Schech, Semon, Rosenfeld, Baginsky, Schmidt vorgeschlagen, die Bezeichnung Chorea laryngis ganz fallen zu lassen. Onodi schliesst sich nun in seinen Schlussfolgerungen dem an, indem er sagt: Der Begriff einer laryngealen Chorea besteht nur insoweit, als die mit dem Kehlkopfspiegel constatirbar choreatische Bewegung der Stimmbänder gleichzeitig mit einer allgemeinen echten Chorea minor auftreten. In diesen wenigen Fällen genügt die Bezeichnung der allgemeinen Chorea minor mit Aufzählung der betreffenden Muskelgruppen, so auch der Stimmbandmusculatur. Die Bezeichnung Chorea laryngis ist in diesen Fällen ganz und gar überflüssig.

Um jede Verwechslung auszuschalten, würde ich für Fälle, wo die choreatische Unruhe der Stimmbänder zu constatiren ist, wo aber eine allgemeine Chorea

minor nicht nachweisbar, die Bezeichnung „choreiforme Bewegung der Stimmbänder" vorschlagen. Jene Fälle, bei welchen zu einem nervösen Husten nachträglich Chorea minor hinzutritt, sind als „Chorea minor plus nervöser Husten" zu bezeichnen.

In der Discussion pflichtet Schech (München) Onodi völlig bei in der Ansicht, dass der nervöse Husten, der doch eine Sensibilitäts- und Motilitätsneurose sei, streng von den choreatischen Zuckungen der Stimmbänder getrennt werden müsse.

Auf Vorschlag Killians's wird angenommen: Es sollen mit der Diagnose Chorea laryngis künftig nur solche Fälle belegt werden, bei denen eine echte Chorea minor nebenher läuft oder im Anschluss daran ausbricht.

Killian (Freiburg) giebt auf vielseitigen Wunsch die Einleitung zu einer allgemeinen Discussion „über operative Therapie der Septumdeviationen", indem er seine von ihm dabei angewandte Methode schildert, die in einer submucösen Resection der verbogenen Theile unter Cocainanästhesie besteht.

Schnitt durch die Schleimhaut der convexen Seite bis auf den Knorpel nahe dem Naseneingang; Ablösen der Schleimhaut in möglichst grosser Ausdehnung, Abtragung des Knorpels mit dem Messer bis zur Schleimhaut der anderen Seite. Von diesem Loch aus wird nun mit dem neuen Hartmann'schen Conchotom der ganze deviirte Theil des Septums submucös so völlig weggeknappert mit Schonung der Schleimhaut der anderen Seite, bis man nach Reposition der Schleimhaut bequem durch die Nase sehen kann. Fixirung der Schleimhaut durch Naht oder Tamponade.

Diese submucöse Hartmann-Petersen'sche Operationsmethode hat den grossen Vorzug der viel rascheren Vernarbung und Heilung. Auch sei das Arbeiten mit freier Hand, die sich allen Verhältnissen leicht anpassen kann, dem Arbeiten mit elektromotorischen Instrumenten vorzuziehen. Elektrolyse sei hier homöopathische Chirurgie.

Bönninghaus (Breslau) steht im Wesentlichen auf Killian's Standpunkt und referirt seine im Archiv für Laryngologie erschienene Arbeit (IX. Band, Heft 2).

Hecht (München) empfiehlt zur Operation Schleich'sche Infiltrationsanästhesie, was das Abheben der Schleimhaut erleichtert.

Elektrolyse leiste bei Deviationen im oberen Theil des Septums, die durch Contactwirkung Reflexneurosen bewirken, ohne die Athmung zu behindern, oft sehr gute Dienste.

Die jüngst von Escat publicirte Methode, Infiltration der convexen Seite mit steriler Kochsalzlösung lasse Perforationen wohl leicht vermeiden.

Kümmel (Breslau) empfiehlt zur Infiltration der convexen Seite nach Escat Schleich'sche Lösung und warnt vor der Resection vor dem 15. Jahr, da vorher oft durch orthopädisches Verfahren Heilung möglich.

Hegetschweiler (Zürich) operirt mit der Trephine, indem er von einem längs dem Boden der Nase gebohrten Canal mit der Wellensäge in einem nach innen convexen Bogen von unten her das verbogene Stück heraussägt.

Nachmitttagssitzung.

Vorsitzender: Dr. Heryng (Warschau).

Schech (München): Ueber maligne Rachengeschwülste.

Sie sind viel häufiger als man früher glaubte und können jeden Theil des Rachens behalten.

Schech bespricht 17 Fälle (14 primäre, 3 secundäre) eigener Beobachtung, die 11 Männer und 6 Frauen betreffen, 4 Sarkome sassen im Nasenrachenraum, 3 Sarkome an den Tonsillen, 1 Carcinom an der Tonsille und 1 am Velum, 3 walzenförmige Carcinome auf der Grenze zwischen Meso- und Hypopharynx, 2 Carcinome im Hypopharynx hinter dem Kehlkopf. (Näheres in dem Originalaufsatz der Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc.)

Neumayer (München): Ueber das Verhalten des Musculus cricothyreoideus bei Recurrenslähmung.

N. bespricht einen Fall von Recurrenslähmung, bei dem die Lähmung über ein Jahr bestanden hatte und das Stimmband in Cadaverstellung (Mittelstellung zwischen Inspirations- und Phonationsstellung) stand. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Nerven erwies sich der betreffende Nervus recurrens vollkommen degenerirt; ebenso zeigten die von diesem Nerven versorgten Muskeln fortgeschrittene Degeneration auf. Der Musculus cricothyreoideus, welcher der gelähmten Seite entsprach, liess keinen Unterschied im Vergleich mit dem gleichnamigen Muskel der gesunden Seite erkennen.

Dieser Fall reiht sich anderen Fällen mit ähnlichem Befunde an, welche Fälle sämmtlich gegen die Anschauung, dass die Cadaverstellung erst nach Auftreten einer Inactivitätsatrophie des Musculus cricothyreoideus sich einstellte, sprechen.

Nach der Ansicht Neumayer's ist bei Ausfall des einen Nervus recurrens resp. der betreffenden Musculatur überhaupt keine Inactivitätsatrophie des der gelähmten Seite entsprechenden Musculus cricothyreoideus zu erwarten; denn als Antagonisten wirken auf den Musculus cricothyreoideus weiterhin noch ein: der Musculus cricothyreoideus und die Muskeln des Stimmbandes der gesunden Seite.

Neumayer spricht sich auch gegen die Annahme aus, dass durch Inactivitätsatrophie des Musculus cricothyreoideus das gelähmte Stimmband nach aussen (in Cadaverstellung) treten könne. Es wäre nach Analogie irgend einer anderen Lähmung, z. B. Ulnarislähmung, zu erwarten, dass sich eine Contractur des Musculus cricothyreoideus ausbilden würde. Durch diese Contractur käme es dann gerade zu einer Annäherung des Stimmbandes an die Medianlinie.

An der Discussion betheiligen sich Jurasz, Schech, Bönnighaus, Neumayer.

Nach Schluss der Sitzungen besichtigten die Theilnehmer die laryngo-rhinologische Universitätspoliklinik in Reisingerianum.

Dr. Friedrich Schäfer,
Assistent der laryngologischen Universitäts-Poliklinik
in München.



III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Unser werther Mitarbeiter, Prof. O. Chiari, ist nunmehr definitiv an Stelle unseres verstorbenen Altmeisters Stoerk zum Leiter der laryngologischen Klinik im Wiener Allgemeinen Krankenhause ernannt und auch zum Präsidenten der Wiener laryngologischen Gesellschaft erwählt worden.

Die Herren Prof. L. v. Schroetter (Wien) und Prof. P. Heymann (Berlin) sind zu Ehrenmitgliedern der italienischen oto-laryngologischen Gesellschaft erwählt worden, letzterer in besonderer Berücksichtigung des nunmehr erfolgten Abschlusses seines grossen Sammelwerks.

Herrn Geh. Med.-Rath, Prof. B. Fränkel (Berlin) ist das Commandeurkreuz I. Cl. des badischen Ordens vom Zähringer Löwen und das Comthurkreuz des mecklenburg-schwerinschen Greifen-Ordens verliehen worden.

Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

Die Pariser oto-laryngologische Gesellschaft hat in ihrer Sitzung vom 30. März auf Anregung des Collegen Marcel Lermoyez einstimmig dem Wunsche Ausdruck verliehen, dass bei allen zukünftigen internationalen medicinischen Congressen die Laryngologie und die Otologie in Gestalt voller, von einander getrennter Sectionen repräsentirt sein möchten.

Die Frage stand auch auf der Tagesordnung der soeben abgehaltenen Sitzung der italienischen oto-laryngologischen Gesellschaft: doch war die Zeit derselben, wie wir erfahren, dermassen durch die Discussion über die Tuberculose in Anspruch genommen, dass alle anderen Dinge hinter dieser Discussion zurücktraten und dass die uns hier interessirende Frage nicht zur Verhandlung kam.

In der Julinummer werden wir das Ergebniss der in den verschiedenen Specialgesellschaften stattgehabten Discussionen zusammenstellen.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, Juli. 1900. No. 7.

I. Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

Im Verfolg der in den Leitartikeln des Centralblatts vom Juni bis August vorigen Jahres gegebenen Anregung haben folgende laryngologische und otologische Gesellschaften und Congresse zu den im Titel genannten Fragen Stellung genommen:

1. Sechste Versammlung süddeutscher Laryngologen (vgl. Centralblatt XV. p. 342).
2. Sechster internationaler otologischer Congress (Ibid. p. 436 u. 488).
3. Achte Versammlung der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (Ibid. p. 488).
4. Berliner laryngologische Gesellschaft (Ibid. p. 586).
5. Wiener laryngologische Gesellschaft (Ibid. XVI. p. 60).
6. Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte (Ibid. p. 60).
7. Oesterreichische otologische Gesellschaft (Ibid. p. 112).
8. Londoner laryngologische Gesellschaft (Ibid. p. 156).
9. Dänische oto-laryngologische Gesellschaft (Ibid. p. 215).
10. Pariser oto-laryngologische Gesellschaft (Ibid. p. 318).
11. Amerikanische laryngologische Vereinigung (Ibid. p. 367).

Diese sämmtlichen Versammlungen, von denen einige ausschliesslich laryngologischen, andere ausschliesslich otologischen, wieder andere sowohl laryngologischen wie otologischen Bestrebungen dienen, haben in unzweideutigster Weise ihre Ansicht dahin ausgesprochen:

1. dass jeder der beiden Specialitäten bei den internationalen medicinischen Congressen und ähnlichen Gelegenheiten die Stellung einer vollen unabhängigen Section gebührt,

2. dass die beiden Specialitäten bei diesen Gelegenheiten nicht in eine einzige Section verschmolzen werden sollen.

Besondere Bedeutung gewinnen diese Erklärungen durch die Zahlenverhältnisse der Abstimmenden. In der Versammlung der süddeutschen Laryngologen, in der niederländischen oto-laryngologischen Gesellschaft, in der Wiener laryngologischen Gesellschaft, in der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte, in der österreichischen otologischen Gesellschaft, in der Londoner laryngologischen Gesellschaft, in der dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft, in der Pariser oto-laryngologischen Gesellschaft, in der amerikanischen laryngologischen Vereinigung sind die betreffenden Beschlüsse einstimmig gefasst worden; bei dem internationalen otologischen Congress gingen sie „nahezu einstimmig“ durch (Centralblatt XV. p. 488); in der Berliner laryngologischen Gesellschaft beantworteten neun Zehntel der Abstimmenden (Ibid. p. 588) die beiden hauptsächlichsten ihnen vorgelegten Fragen: 1. ob die Laryngologie die Stellung einer vollen Section bekleiden solle, 2. ob die Laryngologie und Otologie auch weiterhin separate Sectionen bilden sollten, — in bejahendem Sinne.

Es ist damit der ziffermässige Beweis erbracht, dass mit verschwindenden Ausnahmen die Laryngologen und Otologen der verschiedensten Länder, denen die Gelegenheit geboten worden ist, sich über diese Fragen zu äussern, darin einig sind, dass es den Interessen beider Specialitäten am besten entspricht, wenn dieselben auch weiterhin in Gestalt voller, unabhängiger, von einander getrennter Sectionen bei den internationalen medicinischen Congressen vertreten sind.

Die Frage, ob es bei selbstständigem Bestehenbleiben je einer laryngologischen und otologischen Section als eine Instruction für die Organisationscomités beider Sectionen gelten solle, dieselben behufs Discussion von Fragen von voraussichtlich gemeinsamem (d. h. rhino-pharyngologischem) Interesse gemeinsam tagen zu lassen, während speciell laryngologische und speciell otologische Dinge in getrennten Sitzungen verhandelt würden — ist von der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte einstimmig, von der Berliner laryngologischen Gesellschaft mit überwältigender Majorität (65 : 5) bejaht, von der amerikanischen laryngologischen Vereinigung einstimmig verneint worden, während die übrigen Gesellschaften zu derselben anscheinend nicht Stellung genommen haben. Sie muss daher wohl vorderhand als eine noch offene bezeichnet werden, und es muss den Organisationscomités der beiden Sectionen überlassen bleiben, nach bestem Ermessen und nach Bedürfniss bei Fragen von voraussichtlich gemeinsamem Interesse gelegentlich gemeinsame Sitzungen zu veranstalten.

Es handelt sich nunmehr darum, unseren Beschlüssen praktische Anerkennung zu erwirken. Zu diesem Behufe ist an den Vorstand der laryngologischen Section des bevorstehenden Pariser internationalen Congresses das Ersuchen gerichtet worden, sich mit dem Vorstand der otologischen Section ins Einvernehmen zu setzen und während der ersten Tage des Congresses eine gemeinschaftliche Sitzung beider Sectionen zu veranstalten, in welcher folgende Resolution vorgeschlagen werden soll:

„Angesichts der Schwierigkeiten in der Constitution der laryngologischen und otologischen Sectionen bei den meisten der bisher stattgehabten internationalen medicinischen Congresse,

angesichts der Versuche, welche wiederholt gemacht worden sind, diesen

Specialitäten entweder eine untergeordnete Stellung anzuweisen, oder sie ohne Zuziehung der Nächstbetheiligten in eine einzige Section zu verschmelzen,

angesichts der Thatsache, dass die beiden genannten Specialitäten sich durch ihre wissenschaftlichen Leistungen bei den bisherigen internationalen medicinischen Congressen Anspruch auf völlige Gleichstellung mit allen anderen anerkannten Specialitäten und auf selbstständige Regelung ihrer inneren Angelegenheiten erworben haben,

sprechen die in gemeinsamer Sitzung vereinigten laryngologischen und otologischen Sectionen des XIII. Internationalen Medicinischen Congresses im Einklange mit den diese Fragen betreffenden Beschlüssen der sechsten Versammlung süddeutscher Laryngologen, des sechsten internationalen otologischen Congresses, der niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, der Berliner laryngologischen Gesellschaft, der Wiener laryngologischen Gesellschaft, der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte, der österreichischen otologischen Gesellschaft, der Londoner laryngologischen Gesellschaft, der dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft, der Pariser oto-laryngologischen Gesellschaft und der amerikanischen laryngologischen Vereinigung

dem Organisationscomité des nächsten und der folgenden internationalen medicinischen Congresse ihre zuversichtliche Erwartung aus, dass — bis zu dem Zeitpunkt, wo die Angehörigen beider Specialitäten selbst eine anderweitige Regelung ihrer Organisation beantragen —

die gegenwärtig bestehenden Einrichtungen, d. h. das Bestehen je einer vollen und unabhängigen Section für jede der beiden Specialitäten erhalten bleiben mögen.

Sie verknüpfen mit dieser Erwartung den dringenden Wunsch, dass in Zukunft behufs Wahrnehmung der Interessen beider Specialitäten die Laryngologie und die Otologie schon in dem vorbereitenden Organisationscomité der internationalen medicinischen Congresse in Gestalt je eines Repräsentanten vertreten sein mögen."

Diese Resolution würde nach ihrer eventuellen Annahme dem Executivcomité des gegenwärtigen Congresses zu Händen des Generalsecretärs zu unterbreiten sein.

II. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente etc.

1) **A. Logucki. Parachlorphenol und Menthorol bei der Behandlung von tuberculösen Processen im oberen Abschnitte des Respirationstractus. (Parachlorfenol i menthorol w zastoso waniu do leczenia gruzlicy górnego odcinhe dróg oddechowych.)** *Kronika lekarska. No. 20. 1899.*

In einer grösseren Reihe von Fällen, welche Verf. auf der Sokolowskischen Abtheilung local mit Parachlorphenol behandelt hat, wurden ziemlich gute Erfolge erzielt bei gleichzeitiger entsprechender hygienisch-diätetischer allgemeiner



Behandlung. Da das Mittel nicht von allen Patienten gut vertragen wurde (wegen ziemlich lange andauernder Geschmacklosigkeit), wurde eine Combination von Parachlorphenol und Menthol (= Menthorol) probeweise applicirt und es stellte sich heraus, dass das neue Mittel fast von sämmtlichen Kranken sehr gut vertragen wurde und die damit erzielten Resultate bestimmen den Verf. zum weiteren Gebrauche und zur Empfehlung des Mittels als locales Behandlungsmittel besonders für Pharynx- und Kehlkopf-Tuberculose.

A. v. SOKOLOWSKI.

2) **G. Isaia** (Neapel). **Vorläufige Mittheilung über den therapeutischen Werth von Europhen, Parachlorphenol, Oxygenwasser und Jodothyrin. (Nota terapeutica preventiva sull'eurofene, sul parachlorphenolo, sull'acqua oxigenata e la iodotirina.)** *Archiv. Ital. di Laringologia Neapel. April 1899.*

I. berichtet üer die Erfahrungen, die im Laufe eines Jahres mit den genannten Mitteln an Massei's Klinik gemacht wurden. Das Europhen erwies sich als weniger wirksam wie Jodoform bei den syphilitischen Affectionen des Nasopharynx; dem Patienten freilich ist es angenehmer. Parachlorphenol wurde bei Kehlkopftuberculose versucht; der Erfolg war nicht besonders ermuthigend. Oxygenwasser wurde als Antisepticum verwandt, in der Hoffnung, dass das freiwerdende Gas in Höhlen eindringen könnte, die Flüssigkeiten nicht zugänglich sind. Diese Erwartung aber erfüllte sich nicht. Bayer's Jodothyrin wurde bei den verschiedenen Formen von Kropf verordnet. Die Patienten nahmen 50—100 cgr davon in 24 Stunden. Während der ersten Tage der Anwendung war eine bemerkenswerthe Besserung in den subjectiven Symptomen zu constatiren und gleichzeitig nahm der Kropf Tag für Tag ab. Bald aber hörte dieser Effect auf oder schritt so langsam vorwärts, dass noch der constante Strom zugezogen wurde.

JAMES DONELAN.

3) **James A. Lydston. Die medicinelle Wirksamkeit von Nosophen und Antinosin bei Augen-, Ohren-, Nasen- und Halsaffectionen. (The medicinal efficacy of nosophen and antinosine in eye, ear, nose and throat affections.)** *Chicago Medical Recorder. Juli 1899. Denver Medical Times. Juli 1899.*

L. sah mehrfach, dass catarrhalische Affectionen der Nase und des Halses durch Einblasungen von Nosophen und Irrigationen mit wässerigen Lösungen von Antinosin nicht geheilt wurden.

EMIL MAYER.

4) **L. E. Blair. Ein neues Mittel für die Halstherapie — Benzoinol und Resorcin gemischt. (A new throat remedy — Benzoinol and resorcin compound.)** *Albany Medical Annals. August 1899.*

Das Präparat, das Resorcin 4,8, Encalyptol 0,6, Menthol 0,6 und Benzoinol 120 enthält, soll deutlich anaesthetisch und analgetisch, antiseptisch und adstringirend wirken.

EMIL MAYER.

5) **H. J. Chapman. Die Anwendung von Protargol bei Erkrankungen des Kehlkopfs und Rachens. (Use of protargol in diseases of the larynx and pharynx.)** *The Journal of Tuberculosis. Juli 1899.*

Eine 5 pCt. Lösung von Protargol im Frühstadium von acuter Pharyngitis oder Laryngitis mittelst Wattebausch applicirt, heilt die Krankheit öfters abortiv.

Bei subacuten und chronischen Formen ist eine 10 pCt. Lösung sehr nützlich. Bei tuberculösen Ulcerationen im Larynx wird der Heilungsprocess angeregt und beschleunigt.

EMIL MAYER.

6) **De Stella. Das Protargol bei der Behandlung der Nasen-, Pharynx- und Larynxaffectionen. (Le Protargol dans le traitement des affections du nez, du pharynx et du larynx.)** *Annales de la Soc. de Méd. de Gand. 4. Fasc. Vol. LXXVIII. 1899.*

1. Nasenaffectionen: Bepinselungen mit 10 pCt. Lösung giebt bei eitriger Rhinitis ausgezeichnete Resultate; bei der blennorhagischen Rhinitis wird Heilung in 14 Tagen erzielt bei zweimaliger Bepinselung mit einer 10 pCt. Lösung. In der Zwischenzeit wird eine Salbe von 1 : 10 Vaselin verwandt. Bei tuberculösen und lupösen Nasenaffectionen steht es hinter dem Acid. lact. zurück.

2. Pharynxaffectionen: gute Resultate bei Pharyngitis chronica hypertr. und sicca.

3. Die Anwendung von 2—10 pCt. Lösungen bei Larynxaffectionen giebt constante gute Resultate, die sich mit dem Arg. nitr. zum Mindesten messen können, ja wirkliche Vortheile vor dem letzteren bieten, da die stärkeren Lösungen (1 : 10) keine so heftigen Spasmen auslösen.

BAYER.

7) **Geo W. Wagner. Haemophilie. (Hemophilia.)** *The Physician and Surgeon. September 1899.*

Das beste Mittel zur Stillung der Blutung scheint dem Verf. das Oxygen zu sein, in Inhalation oder directer Application.

EMIL MAYER.

8) **R. Heymann. Gelatinelösung bei Blutung. (Gelatine solution in hemorrhage.)** *Merck's Archiv. December 1899.*

Nach der Tonsillotomie erkannte man, dass Pat. ein Bluter war. Als letztes Mittel wurden 140 gr einer $2^1/_2$ pCt. Gelatinelösung unter die Haut der Brust injicirt. Nach 45 Minuten stand die Blutung. 30 Stunden später war eine zweite Injection erforderlich und am nächsten Tage noch eine dritte.

EMIL MAYER.

9) **E. Peters. Der Gebrauch von Suprarenalextract in Verbindung mit Cocain zur Erzielung von blut- und schmerzlosen Operationen. (Use of suprarenal extract in conjunction with cocaine to obtain bloodless and painless operation.)** *Brit. Med. Journ. 8. Juli 1899.*

In Nase und Rachen wurde eine 10 pCt., in Larynx eine 20 pCt. Lösung von Nebennierenextract angewendet; im Verein damit 5 und 10 pCt. Cocainlösungen. Die Medicamente sind als Tabloids von Burroughs und Wellcome zu beziehen.

ADOLPH BRONNER.

10) **J. C. Sharp. Die Anwendung der Nebennierenkapsel in Nase und Hals. (Use of suprarenal capsule in nose and throat.)** *N. Y. Medical Journal. 12. August 1899.*

S. verwendet eine 10 pCt. wässerige Lösung, von der er stets nur eine kleine Menge bereitet, da sie sich leicht zersetzt. Dieselbe wirkt gewebsretrahirend wie das Cocain, jedoch ohne die Gefahr und die depressiven Wirkungen des letzteren.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

11) W. W. Bulette. **Suprarenalextract in der Ohren-, Nasen- und Hals-Chirurgie. (Suprarenal extract in surgery of ear, nose and throat.)** *Philad. Med. Journal. 19. August 1899.*

Seit Einführung des Nebennierenextractes sind Fälle mit Symptomen von Cocainvergiftung seltener und die Patienten fürchten sich weniger vor Operationen.

EMIL MAYER.

12) E. Larne Vansant. **Einige Bemerkungen über die Anwendung der Schafsnebennierensubstanz in der Nasenchirurgie. (Some remarks upon the use of the suprarenal gland of the sheep in nasal surgery.)** *Southern California Practitioner. September 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

13) A. G. Aldrich. **Nebennierenextract bei Augen-, Ohren-, Nasen- etc. Chirurgie. (Suprarenal extract in ophthalmic, aural and allied surgery.)** *The Medical Standard. September 1899.*

Nach A. kommt das Extract. suprarenale in der Nasenchirurgie dem Cocain an Werth nahe. Er verwendet es in Combination mit Borsäure (zu gleichen Theilen).

EMIL MAYER.

14) Redact. Notiz. **Atrabilin. Ein neues Nebennierenpräparat. (Atrabilin — a new suprarenal preparation.)** *Medical Review. 16. September 1899.*

Atrabilin ist aus Nebennierensubstanz bereitet, welche vor Licht- und Luftzutritt geschützt war. Es bringt am Auge ausgesprochene Ischaemie hervor.

EMIL MAYER.

15) W. W. Bulette. **Die Anwendung von Nebennierenextract in der Ohren-, Nasen- und Hals-Chirurgie. (The use of suprarenal capsule extract in surgery of the ear, nose and throat.)** *Denver Medical Times. November 1899.*

Der Verf. hat den getrockneten Extract bei 137 intranasalen Operationen mit zufriedenstellendem Erfolg angewendet. Die Mitbenutzung von Cataphorese bei der Application des Mittels erwies sich als nutzlos.

EMIL MAYER.

16) Redact. Notiz. **Nebennierenextract. (Adrenal extract.)** *The Canadian Journal of Medicine and Surgery. December 1899.*

Nebennierensubstanz 4,0
Acid. boric. 1,0
Aqu. Cinnamon. 16,0
Aqu. camphorat. 32,0
Aqu. coquent. 64,0.
Macera per 4 horas et filtra.

Die Lösung soll sich gut halten.

EMIL MAYER.

17) Redact. Notiz. **Der Ersatz des Cocains in der Laryngologie durch neuere Droguen. (The displacement of cocaine in laryngology by newer drugs.)** *Medical Review. 1. Juli 1899.*

Eucain, Orthoform und Nebennierenextract werden besprochen.

EMIL MAYER.



18) **Wm. H. Poole. β-Eucain als Anästheticum bei Augen-, Nasen- und Hals-Eingriffen. (Beta-Eucaine as an anaesthetic in eye, nose and throat work.)** *N. Y. Medical Record. 14. October 1899. Medical Mirror. December 1899.*

P. stellt folgende Sätze auf: 1. Eucain ist entschieden weniger toxisch als Cocain und daher diesem überlegen. 2. Seine wässerigen Lösungen halten sich wohl und können durch Kochen sterilisirt werden, ohne dass die Wirksamkeit des Mittels beeinträchtigt wird. 3. Es anaesthesirt in 4—10 pCt. Lösung ebenso gut und bisweilen besser als Cocain.

LEFFERTS.

19) **Walter Lathrop. Die Schleich'sche Mischung zur allgemeinen Narkose. (The Schleich mixture in general anaesthesia.)** *Philadelphia Medical Journal. 2. December 1899.*

Verf. hat das Schleich'sche Gemisch 250mal mit gutem Erfolg angewendet, dann aber vollständig verlassen. Er glaubt, dass es die grosse Gefahr plötzlichen Athemstillstandes in sich birgt und hält es deshalb für unsicher und gefährlich.

EMIL MAYER.

20) **W. K. Mc Laughlin. Die Verwendung der Schleich'schen Mixturen zur allgemeinen Narkose bei 110 Operationen an Nase und Hals. (The use of Schleich's mixtures for general anaesthesia in 110 operations on the nose and throat.)** *Illinois Medical Journal. December 1899.*

Der Verf. hält die Verwendung dieser Mixturen für sicher und will fortfahren sie zu benutzen. 32 seiner Patienten erbrachen danach; freilich hat er auch die Nahrungsaufnahme vor der Narkose nicht verboten. (Die Communis opinio geht dahin, dass die Gefahr der Cyanose bei dieser Art der Narkose eine zu grosse ist. Eine grosse Reihe von Operateuren hat die Methode deshalb, so ideal sie nach anderer Richtung hin auch erschien, wieder aufgegeben. Dass der Verf. seine Patienten vor der Narkose essen lässt, ist zum mindesten tadelnswerth. Ref.)

EMIL MAYER.

21) **J. Hubley Schall. Essigsaures Menthol bei Erbrechen nach der Narkose. (Menthol acetate solution in vomiting after general anaesthesia.)** *Southern Clinic. October 1899.*

Verf. empfiehlt:
Menthol 0,66
Acid. acet. glacial. 4,0
Alcohol
Aqu. destill. ana 32,0.

M. D. S. Ein Stück Gaze wird mit dieser Lösung getränkt und vor Mund und Nase des Patienten gehalten.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **Lacoarret. Professionelle Argyrie der Nasenschleimhaut bei Feuerwerkern. (Argyrie professionelle de la muqueuse nasale chez les artificiers.)** *Annales de la Polyclin. de Toulouse. November 1899.*

Drei Fälle von Argyrismus der Nasenschleimhaut durch Einathmung von

Silberstaub bei Arbeitern, die in Feuerwerkerlaboratorien gearbeitet hatten. Die dauernde Einathmung der Silbersalze hatte eine atropische Rhinitis mit absoluter Schwarzfärbung der Schleimhaut herbeigeführt.

A. CARTAZ.

23) **Max Nassauer. Abortivbehandlung einer Erkältung. (To abort a cold.)** *N. Y. Med. Journal. 19. September 1899.*

Ein beginnender Erkältungsschnupfen kann nach N. durch eine schwache (blassrothe) Lösung von Kal. hypermanganicum, das eine spezifische Wirkung auf die Coryzakeime zu haben scheint, coupirt werden. Beide Nasenseiten werden mit der Lösung reichlich ausgespült, dann wird ein dünner trockener Wattetampon eingelegt, der danach mit der schwachen Lösung durch Ansaugen bei zurückgebogenem Kopf getränkt wird und 1 Stunde liegen bleibt.

LEFFERTS.

24) **G. S. Ryerson. Zur nasalen Irrigation. (For nasal irrigation.)** *N. Y. Med. Record. 16. September 1899.*

Natrii bicarbon.
Natrii biborac.
Natrii chlorat. ana 1,8
Natrii salicyl. 2,4
Ol. Bergamot. 0,18
Listerin 1,875
Glycerin. 30,0
Aqu. destill. ad. 240,0.

M. D. S. Zur Nasenspülung.

LEFFERTS.

25) **Lichtwitz. Die Gefahr der Nasendouche. (Danger of the nasal douche.)** *The American Practitioner and News. 15. August 1899.*

Die Gefahren sind: Störungen des Geruchssinns, Kopfschmerz und Mittelohreiterung.

EMIL MAYER.

26) **D. Braden Kyle. Gebrauch und Missbrauch der Douche. (The use and abuse of the douche.)** *International Med. Magazine. September 1899.*

Ausser den gewöhnlichen alkalischen Douchen benutzt Verf. eine Mischung von Extr. Hamamelis aquos. und warmem destillirtem Wasser zu gleichen Theilen. Die alkalische Douche sollte nie bei acuten Processen benutzt werden.

EMIL MAYER.

27) **H. C. Wood. Gegen acuten Schnupfen. (For acute coryza.)** *Journal of the Americ. Med. Assoc. 14. October 1899.*

Rp. Antipyrin. 0,9
Pilocarpin. hydrochlor. 0,03
Tct. Aconit. gtt. VIII
Aquae 45,0.

1 Theelöffel voll zu nehmen, danach ein heisses Fussbad oder Vollbad; dann zu Bett und 1 Dessertlöffel der obigen Mischung — wenn Schmerz vorhanden, unter Zusatz von etwas Morphin — in heissem Toddy, alle 20 Minuten, bis Schweissausbruch erfolgt.

EMIL MAYER.

28) **Redact. Notiz. Schnupfpulver bei acuter Coryza. (Snuff in acute coryza.)** *Journal of the American Med. Assoc. 28. October 1899.*

Bismuth. subnitr. 3,75
Pulv. campbor. 0,6
Pulv. acid. boric. 1,8
Morphin. hydrochlor. 0,06
Cocain. muriat. 0,06
Pulv. Benzoin. 0,9.

Das Schnupfpulver ist mit Vorsicht zu verordnen, da sein häufiger Gebrauch zu Cocainismus führen kann. EMIL MAYER.

29) **Hallopeau. Gegen Coryza. (For coryza.)** *N. Y. Med. Journal. 11. November 1899.*

Menthol. 0,25
Betol. 2,25
Cocain. 0,45
Coffeae tostae pulver. 3,50.

M. D. S. Als Schnupfpulver zu gebrauchen. LEFFERTS.

30) **Redact. Notiz. Coryza. (Coryza.)** *N. Y. Medical Record. 25. November 1899.*

Extr. Hyoscyami 0,2
Kalii jodat.
Kalii bicarbon. ana 2,0
Extr. Glycyrrhiz. 5,0
Aquae 120.

M. D. S. Stündlich 1 Theelöffel voll. LEFFERTS.

31) **Wm. E. Burton. Behandlung der Coryza. (Treatment of coryza.)** *New York Lancet. October 1899.*

Verf. empfiehlt die Irrigation der Nase mit Belladonnatinctur (1 : 8 Wasser) wärend des ersten und zweiten Tages der Erkrankung. Später muss erst mit einer alkalischen Lösung und danach mit Belladonna gespült werden. EMIL MAYER.

32) **Lermoyez. Atropin mit Strychnin gegen Nasencatarrh. (Atropine with strychnine for nasal catarrh.)** *Merck's Archives. October 1899.*

L. empfiehlt die Combination von Atropin und Strychnin als vortheilhaft bei Heufieber und spasmodischem Nasencatarrh. EMIL MAYER.

33) **A. W. Bickford. Der Nasencatarrh; seine klimatische und medicamentöse Behandlung. (Nasal catarrh; climatic and medicinal treatment.)** *The Medical World. December 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

34) **R. C. Kenner. Formen und Behandlung der chronischen Rhinitis. (Forms and treatment of chronic rhinitis.)** *Medical Mirror. October 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes. EMIL MAYER.

35) **Lewis S. Somers. Acute septische Rhinitis bei Kindern. (Acute septic rhinitis of childhood.)** *Laryngoscope. September 1899.*

Der rapide Ausbruch der Krankheit, der objective Untersuchungsbefund mit dem beiderseitigen profusen eitrigen Ausfluss machen die Diagnose in der Mehrzahl der Fälle relativ leicht. Differentialdiagnostisch kommen Diphtherie, membranöse Rhinitis ohne Klebs-Löffler'sche Bacillen, Syphilis und Fremdkörper in Betracht. Bei anhaltender Nasenverstopfung empfiehlt S. Bepinselung der Nasenmuscheln mit 1—2 proc. Cocainlösung (!) und danach mit $^1/_2$ proc. Antipyrinlösung.

EMIL MAYER.

36) **J. E. Converse. Eitrige Rhinitis. (Purulent rhinitis.)** *Medical Progress. December 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

37) **Meslay** und **Viollet. Bakteriologische Untersuchung der Rhinitis atrophica. (Examen bactériologique de la rhinite atrophique.)** *Société anatomique. 21. Juli 1899.*

In 4 Fällen von Ozaena, die sie untersuchten, fanden die Verf. regelmässig den Pneumobacillus allein oder in Combination mit anderen Keimen, speciell den Streptococcus. Dieselben Bacterien wiesen sie im Eiter von Ohren- und Mastoidaffectionen nach, welche die Rhinitis complicirten.

PAUL RAUGÉ.

38) **V. Cozzolino. Die Bakteriologie und Histologie der Ozaena. (The bacteriology and histology of ozena.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1899.*

C. hält den Bacillus mucosus für den ätiologischen Factor der beiden peinlichsten Symptome der Ozaena, des Foetors und der Krusten, aber keineswegs für das specifische ätiologische Agens der Ozaena. Die Aetiologie der Knochenatrophie und der aus ihr folgenden Schleimhautatrophie liegt in Ernährungsstörungen, die im Knochen selbst beginnen. Dieselben bilden oft einen Theil einer allgemeinen systematischen Störung. Der ozaenöse Patient ist ozaenös geboren.

EMIL MAYER.

39) **Hébert** (Rouen). **Ueber den Mikroben der Ozaena und die Wirkung der von ihm secernirten Gifte. (Sur le microbe de l'ozène. Action des poisons sécrétés par ce microbe.)** *Société de Biologie. 2. September 1899.*

Verf. prüfte: 1. Die Wirkung der durch 10 Minuten langes Erwärmen auf 55° abgetödteten Culturen: Mäuse und Kaninchen werden nicht beeinflusst. Meerschweinchen sterben nach verschiedener Zeit, entsprechend der Menge der eingeführten Cultur; bei der Section findet sich Schwellung und blutige Infiltration der Nebennieren.

2. Wirkung der filtrirten Culturen: Subcutane Injection ist bei Maus und Meerschweinchen unwirksam; durch intraperitoneale Injection werden Meerschweinchen getödtet.

Diese Experimente erweisen, dass der Ozaenamikrobe ein lösliches Gift secernirt, das für das Meerschweinchen, speciell die Nebennieren desselben, toxisch ist.

PAUL RAUGE.

40) **Ferrari. Ozaena. (Ozaena.)** *N. Y. Med. Record. 25. November 1899.*

Creosot. 5,0
Alcohol. (70 pCt.) 10,0
Glycerin. 40,0.

M. D. S. Zur localen Application.

LEFFERTS.

41) **P. M'Bride** (Edinburgh). **Die Behandlung der Ozaena mit specieller Bezugnahme auf die Kupfer-Electrolyse. (The treatment of ozaena, with special reference to cupric electrolysis.)** *Edinb. Med. Journal. März 1899.*

Verf. berichtet kurz über die Pathologie der Ozaena und macht auf die verschiedenen Mittel aufmerksam, welche therapeutisch angewandt werden. Nach einer Würdigung der bisherigen Literatur über die Seruminjectionen und die Kupfer-Electrolyse versucht Verf. seine eigenen Erfahrungen mit der letzteren Behandlungsmethode niederzulegen. Die angewandte Stromstärke wechselte zwischen 8—10 Miliampères. Der positive Pol mit der Kupfernadel wurde in die mittlere oder untere Nasenmuschel eingestochen, während der negative mit der Platinnadel unter die Schleimhaut des Septum geführt wurde. Die Schleimhaut wurde vorher cocainisirt. Jede Sitzung dauerte gewöhnlich 10 Minuten. Die Zahl und Häufigkeit derselben schwankte in den verschiedenen Fällen und richtete sich nach dem erzielten Erfolg. Von den vielen so behandelten Fällen werden 8 herausgegriffen und des Genaueren erörtert. Von diesen wurden vier für längere Zeit (bis zu 18 Monaten) wirklich geheilt. Im fünften war noch vier Monate nach Beginn der electrolytischen Behandlung die Besserung zu constatiren; im sechsten hielt die scheinbare Heilung nur wenige Monate an, und man musste dann von neuem zur Behandlung greifen. In den beiden letzten Fällen hielt die Besserung nur einige Wochen an. In allen jedoch schwand der Foetor, das Nasensecret wurde flüssiger, die Borken liessen sich viel leichter ablösen und nahmen wesentlich an Grösse ab. Die Atrophie aber blieb bestehen und schien sich durch die Electrolyse nicht beeinflussen zu lassen.

Verf. glaubt, dass wir in der Kupfer-Electrolyse ein werthvolles, wahrscheinlich das werthvollste aller bis jetzt bei Ozaena therapeutisch angewendeten Mittel besitzen. Ueber das Wesen der Behandlung sind wir noch im Unklaren, doch erscheint es wohl als sicher, dass das am positiven Pol freiwerdende Kupfersalz mindestens ebensoviel zum Effect beiträgt, wie der electrische Strom. Es zeigte sich auch, dass die electrolytische Behandlung einer Nasenhälfte beiderseits ihre wohlthuende Wirkung äussert. Dieser Punkt stimmt übrigens mit der Erfahrung der meisten Autoren überein.

Autoreferat.

42) **W. E. Dicken. Tabakrauch und hypertrophische Rhinitis. (Tobacco smoke and hypertrophic rhinitis.)**

Leuten mit hypertrophischer Rhinitis, die Raucher sind, empfiehlt Verf., den Rauch durch die Nase zu blasen. Je stärker der Tabak ist, desto besser. Auch für Heuasthma ist dies nach Dicken's Ansicht nützlich. Der Tabakrauch ist ein starkes Antisepticum, er tödtet die Mikrokoben und setzt zugleich die Reizbarkeit der Schleimhaut herab.

LEFFERTS.

43) **Arthur E. Prince. Behandlung der Nasenmuschel-Hypertrophie. (The treatment of turbinated hypertrophy.)** *The New York Lancet. Juli 1899.*

Verf. entfernt aus der ganzen Länge der hypertrophischen Partie einen Streifen der Schleimhaut mit Hilfe einer besonderen, eigens construirten Zange.

EMIL MAYER.

44) **Arthur F. Summer. Nasencatarrh und seine chirurgische Behandlung. (Nasal catarrh and its surgical treatment.)** *Journal of Medicine and Science. September 1899.*

Die kurze Arbeit enthält nichts Neues und vom Alten bei Weitem nicht alles, was gesagt werden müsste.

EMIL MAYER.

45) **J. A. Stuckey. Die Chirurgie der Nasenmuscheln. (Surgery of the turbinated bones.)** *N. Y. Med. Record. 14. October 1899. N. Y. Med. News. 14. October 1899.*

S. bespricht die Operationstechnik derjenigen Fälle, in denen nicht die Schleimhaut oder die Weichtheile, sondern der Knochen selbst so verändert ist, dass ein Theil desselben entfernt werden muss. Er empfiehlt auch für diesen Eingriff die Scheere, und zwar besonders die von C. R. Holmes angegebene.

LEFFERTS.

46) **F. Berini** (Barcelona). **Beiderseitige Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln. Reflexive Einwirkung auf den Magen. Heilung. (Hipertrofia bilateral de los coructes inferiores. Reflejisme gástrico. Curasien.)** *Revist. de Medic., Cirug. y Farmac. No. 6. 1899.*

Die Erscheinungen seitens des Magens, Uebelkeit und Erbrechen, hervorgerufen durch Zurückhaltung und Eintrocknung des schleimigen Nasensecrets mit Beeinträchtigung des Rachens und der Speiseröhre schwanden nach energischer Behandlung der hypertrophischen Nasenmuscheln.

R. BOTEY.

47) **J. Gibb Wishart. Fibrinöse Rhinitis. (Fibrinous rhinitis.)** *Laryngoscope. September 1899. Canadian Journ. of Medicine and Surgery. October 1899.*

Von 7 Fällen dieser Krankheit war bei 2 der bacteriologische Befund benigne, während bei 5 die Membran Diphtheriebacillen enthielt. Der Verf. kommt zu dem Schluss, dass fibrinöse Rhinitis und Diphtherie nicht verschiedene Krankheiten sind und dass alle Fälle der ersteren dieselben Vorsichtsmassregeln und ebenso strenge Isolirung erfordern, wie Diphtherie.

EMIL MAYER.

48) **H. Reichenbach. Ein Fall von Rhinitis fibrinosa mit Diphtheriebacillen.** *Zeitschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1899.*

Das Resultat von Reichenbach's interessanten, im Original einzusehenden Untersuchungen ist, dass der aus den fibrinösen Belegen der Nase isolirte Miroorganismus ein echter Diphtheriebacillus ist. Aus den Eigenschaften des Erregers lässt sich also die Besonderheit des Krankheitsbildes nicht ableiten. So lange zwischen den Erregern der echten Diphtherie und der Rhinitis fibrinosa kein Unterschied aufzufinden ist, dürfen wir auch hinsichtlich der prophylactischen Massregeln zwischen beiden keinen Unterschied machen.

A. ROSENBERG.

49) **H. Gradle. Oedem der Nasenschleimhaut und ödematöser Verschluss der Nasenwege. (On edema of the nasal mucous membrane and edematous occlusion of the nasal passages.)** *Laryngoscope. Juli 1899.*

Verf. hat 3 Fälle dieser Art gesehen. In allen war die Schleimhaut blass, grau-roth, deutlich geschwollen und sowohl an dem Septum, wie an den Muscheln und der Aussenwand oedematös. Die Schwellung hatte einen diffusen Charakter. Nachdem das Oedem beseitigt war, fand man die Schleimhaut hypertrophisch, besonders über den Muscheln.

Therapeutisch empfiehlt Verf. Cocain-Tampons, welche seiner Ansicht nach am besten eine dauernde mechanische Dilatation zu Wege bringen, ausserdem die Anwendung von 2 proc. Silberlösung, 10 proc. Carbolglycerin, einem Spray aus Salzlösung und Mentholvaselin.

EMIL MAYER.

50) **H. Holbrook Curtis. Rhinödem. (Rhinoedema.)** *N. Y. Medical Journal. 16. December 1899.*

C. beschreibt als Rhinoedem einen dem Heufieber (Coryza vasomotoria periodica) ähnlichen oedematösen Zustand der Nasenschleimhäute, der von keinem äusseren Einfluss, wie Pollenstaub, abhängig ist, nicht nur zu bestimmten Zeiten periodisch auftritt, sondern Monate lang anhaltend, chronisch ist. Die Schleimhaut ist schwammig, blass, mit einem bläulichen Stich. Die Nase ist ganz verstopft und wird durch Cocain nicht frei. Dies greift allmählich das Nervensystem stark an und es kommt zu Hysterie und Melancholie. Als Behandlung empfiehlt Verf. hydriatische Maassnahmen, theils local — Aufschlürfen von Eiswasser, theils allgemeiner Art — abwechselnde kalte und warme Douche auf das Rückgrat. Besonders nützlich aber ist Entlastung des Portalkreislaufs durch Sitzbäder mit Rectaldouchen.

LEFFERTS.

51) **Otto J. Stein. Die Nasenentzündung als Ursache in manchen Fällen von Gesichtserysipel. (Nasal inflammation as a cause of some cases of facial erysipelas.)** *Philadelphia Med. Journal. 4. November 1899.*

Ein Fall von chronisch-catarrhalischer Rhinitis, bei dem sich eine acute Exacerbation einstellte. Der reichliche eitrige Ausfluss enthielt den Streptococcus erysipelatis. Innerhalb weniger Tage entwickelte sich ein ausgebreitetes Gesichtserysipel. Nach 10 Tagen gingen die Gesichts- und Nasensymptome zurück.

EMIL MAYER.

52) **Mariano Aguilo** (Palma). **Ein Fall von Erysipel der Nasen-Rachenschleimhaut. (Un caso de erisipela de la mucosa naso-faringea.)** *Archiv. Latin. de Rinol., Laring., Otol. No. 101—102. 1899.*

Die Krankheit begann mit Schwellung der Unterkiefergegend beiderseits, dann stellte sich Oedem der Nase, sowie Schmerzhaftigkeit und Röthe der Haut ein. Am dritten Tage trat Schwierigkeit im Schluckvermögen und Gutturalstimme hervor. Bei Besichtigung des Rachens zeigte sich linkerseits eine vergrösserte, stark geröthete Mandel und in der Mitte derselben eine membranöse Verdichtung. Die Entzündung breitete sich nach und nach auf die Rachenschleimhaut und das Zäpfchen aus und endete schliesslich mit Loslösung und Ausstossung der Mem-

branen des Schlundes. Diphtherie war nach mikroskopischer Untersuchung ausgeschlossen.

R. BOTEY.

53) **Niel. Beitrag zum Studium der Aspergillose der Nase und ihrer Nebenhöhlen. (Contribution à l'étude de l'aspergillose des fosses nasales et des sinus de la face.)** *Thèse de Bordeaux. 1899.*

Unter den zahlreichen Aspergillusarten ist der A. fumigatus der häufigste. Als Parasit findet er sich häufiger bei Thieren als bei Menschen in den oberen Luftwegen und besonders in der Nase.

Beim Menschen äussert sich die Aspergillose der Nase nicht durch Schmerz: dagegen besteht ein heller Ausfluss von eigenthümlichem Geruch und die Bildung von graugrünlichen Membranen.

Die Prognose ist relativ günstig, die Heilung meist dauernd und Rückfälle selten.

Als Behandlung ist die Entfernung der Membranen und Spülung mit antiseptischen Lösungen zu empfehlen.

PAUL RAUGÉ.

54) **Cl. Bernard** und **Pehn. Typhöses Geschwür der Nase mit reichlichem Nasenbluten. (Ulcère typhique du nez avec hémorrhagie abondante.)** *Province méd. 16. September 1899.*

27jährige Frau bekommt im Verlaufe eines Typhus heftiges Nasenbluten. Dasselbe kommt erst durch den blutigen Stuhl und Bluterbrechen zur Kenntniss; in Folge der horizontalen Lage war das Blut in den Hals und von da in den Magen geflossen. Ursache der Blutung war eine typhöse Ulceration an der Nasenscheidewand.

A. CARTAZ.

55) **P. Hellat. Lupus der Nase.** *Wratsch. No. 39. 1899.*

Vorstellung eines mittelst Galvanokaustik geheilten Falles im medico-chirurgischen Verein zu Petersburg.

Autoreferat.

56) **Redact. Notiz. Syphilis der Nase und des Schlundes. (Syphilis of nose and throat.)** *Medical Monographs. September 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

57) **Redact. Notiz. Gegen syphilitische Coryza der Kinder. (For syphilitic coryza in infants.)** *N. Y. Medical News. 28. October 1899.*

Hydrarg. chlor. mitig. 1 Theil,
Vaselin,
Lanolin ana 5 Theile.

M. f. ungt. S. In die Nasenwege einzureiben.

LEFFERTS.

58) **Gilbert. Die tertiäre Syphilis der Nasennebenhöhlen und ihre hauptsächlichsten Complicationen. (De la syphilis tertiaire des sinus et de ses principales complications.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Verf. unterscheidet zwei klinische Formen von sehr verschiedener Schwere: 1. Die nasale Form, die begrenzt bleibt und deren Prognose relativ günstig ist;

und 2. die orbito-cerebrale Form, die mit mehr oder weniger schweren Gehirncomplicationen einhergeht.

Die tertiäre Syphilis der Nasennebenhöhlen ist selten primär; es gehen fast stets gummöse Knochenerkrankungen der Nasenhöhle voraus. PAUL RAUGÉ.

59) **Karl Kompe. Die Bedeutung des Nasenblutens als Frühsymptom der Hirnerweichung und die Beziehung beider Affectionen zur Arteriosclerose. (The significance of epistaxis as an early symptom of softening of the brain and the relation of both diseases to arteriosclerosis.)** *N. Y. Medical Journal. 14. October 1899.*

Krankengeschichte von 5 Fällen, in denen das Nasenbluten als Symptom eines frühen Stadiums von Arteriosclerose und als Vorläufer von Encephalomalacie erschien. Die arteriosclerotischen Veränderungen spielen sich mit Vorliebe zeitig an den Aesten der Carotis, speciell der Carotis interna ab, und die Art. ethmoidalis, welche die obere und vordere Nase versorgt, gehört zur Carotis interna, wie die Art sphenopalatina, das Blutgefäss der hinteren Nase, zur Carotis externa gehört. Bei der Beurtheilung und Behandlung von Nasenblutungen achte der Rhinologe daher auf den Zustand des Gesammtgefässsystems, zumal die beginnende Arteriosclerose der Behandlung zugänglich ist, die vorgeschrittene nicht mehr.

LEFFERTS.

60) **Redact. Notiz. Nasenbluten bei Kindern. (Nose-bleed in children.)** *The Medical Times and Register. September 1899.*

Von Ursachen des Nasenblutens bei Kindern werden erwähnt: Adenoide Vegetationen, Rhinitis und Trauma. Zu den constitutionellen Ursachen zählen die vicariirende Menstruation und intercurrente Krankheiten, wie Anaemie, Nephritis u. a. m. Im Auge zu behalten ist auch, dass Nasenbluten ein praemonitorisches Symptom von Tuberculose sein kann, dass es bisweilen mit chronischer Constipation in Zusammenhang steht und auch bei congenitaler Herzerkrankung vorkommt. Eine häufige Ursache des Nasenblutens erwähnt der Artikel nicht, d. i. das Vorhandensein eines Fremdkörpers in der Nase. EMIL MAYER.

61) **Redact. Notiz. Wiederholtes spontanes Nasenbluten. (Repeated spontaneous epistaxis.)** *The Medical Bulletin. November 1899.*

Ein Referat über die Mittheilung von M. Natier in La Parole, 1899, No. 8.

EMIL MAYER.

62) **F. Berini** (Barcelona). **Kurze Betrachtungen über die Behandlung der Epistaxis. (Breves consideraciones sobre el tratamiento de las epistaxis.)** *Revist. de Medic., Cirug. y Farmacia. No. 5. 1898.*

Verf., der eingehend die Aetiologie der Epistaxis behandelt, unterscheidet 3 Gruppen derselben: spontane, traumatische und operative Epistaxis. Seine Schlussfolgerungen lauten, dass in jedem Falle von Epistaxis eine Untersuchung der Nasenhöhlen nothwendig sei. Eine häufige Ursache seien varicöse Erweiterungen, deren Verzweigungen die Anwendung des Galvanokauters erheischt. Letztere Behandlung sei den adstringirenden Injectionen und chemischen Aetzmitteln vorzuziehen. In Ausnahmefällen und zur Vermeidung einer unmittelbaren Gefahr müsse man die Nasenhöhlen tamponiren. R. BOTEY.

63) **Redact. Notiz. Die neue Behandlung der Hämorrhagien. (The new treatment of hemorrage.)** *Vermont Medical Monthly. Juli 1899.*

Die von Carnot angegebene Lösung (Gelatini 45,0, Calciumchlorid 8,5 und Aqua 1000,0) wird empfohlen. Subcutane Injectionen von 30,0—60,0g dieser Mischung unter die Rückenhaut oder in die Lendengegend sollen an den blutenden Stellen eine rapide Coagulation zu Wege bringen. Falls man die Lösung in die blutende Stelle selbst injicirt, so muss man dafür sorgen, dass keine Zersetzungsproducte sich bilden. Es gilt das besonders für Nasenwunden.

EMIL MAYER.

64) **Da Costa. Gegen schweres Nasenbluten. (For severe epistaxis.)** *N. Y. Medical News. 9. December 1899. Canadian Practitioner and Review. December 1899.*

Gelatine 1 Theil,
Physiolog. Salzlösung 16 Theile.

M. D. S. Zum äusseren Gebrauch. Ein Wattetampon wird mit der Lösung getränkt und in die Nase eingelegt. Es bildet sich ein aseptisches Gerinnsel, welches weitere Blutung verhindert.

LEFFERTS.

65) **Rendu. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 25. Nov. 1899.*

Rp. Antipyrin. 0,5
Tannin. 1,0
Sach. alb. 10,0.
M. D. S. Als Schnupfpulver zu gebrauchen.

LEFFERTS.

66) **E. B. Gleason. Nasenbluten. (Nasal hemorrhage.)** *The Medical Council. November 1899.*

Bei langdauernder Blutung legt G. lange Tampons von in Wasserstoffsuperoxydlösung gesättigter Watte in die Nase ein.

EMIL MAYER.

67) **Raugé. Die Behandlung des Nasenblutens. (The treatment of epistaxis.)** *Bulletin medical. 21. Juni 1899. N. Y. Medical News. 2. December 1899. N. Y. Medical Journal. 28. October 1899.*

Jedes Nasenbluten ist eine chirurgische Blutung und erfordert chirurgische Behandlung. Die erste Indication ist das Aufsuchen der blutenden Stelle. Man hebt dazu den Nasenflügel scharf empor und biegt das Septum nach der entgegengesetzten Seite. Dies genügt oft, die blutende Stelle aufzudecken, welche gewöhnlich etwa 1 Zoll hinter der Nasenspitze gelegen ist. Ein Speculum ist nicht erforderlich und ist oft im Wege. Bisweilen genügt der Fingerdruck oder Anpressen eines kleinen Gazebäuschchens mittels einer Pincette zur Stillung der Blutung, auch wenn man die blutende Stelle nicht sieht. Kommt die Blutung von tiefer her, so ist es nöthig Tampons einzulegen. Diese werden durch das Speculum eingeführt, einer nach dem anderen, und zwar sollen sie alle recht klein sein. Vor der Tamponade ist es zweckmässig, eine recht warme Injection von 40—45° C. zu versuchen. Die Tampons können trocken eingeführt werden oder getränkt mit einem Adstringens oder mit Wasserstoffsuperoxyd. Die hintere

Tamponade ist nur in seltenen Fällen erforderlich. Die Tampons sollen nicht länger als 24 Stunden liegen bleiben. Nach dieser Zeit müssen sie entfernt und die Nasenhöhle desinficirt werden. Eventuell wird danach die Tamponade erneuert. LEFFERTS.

68) A. F. Manasseh. **Nasenbluten verursacht durch einen Blutegel. (Epistaxis caused by a leech.)** *N. Y. Med. Journal. 9. October 1899.*

Ein Kind wurde mit Nasenbluten zu M. gebracht; die Mutter gab an, dass das Blut seit 3 Tagen beständig aus der einen Nasenseite rinne. Das Blut war dunkel und schnell gerinnend. Durch den Mund kam kein Blut. Das Kind sah anämisch aus; aber eine constitutionelle Erkrankung als Ursache der Blutung war nicht zu finden. Die rechte Nasenöffnung war von Blut verstopft und bei der genaueren Untersuchung des Mundrachens sah man das Ende eines Blutegels, der offenbar hinten von der Nase in den Nasenrachenraum hineinhing. Derselbe liess sich leicht ablösen und mit der Zange entfernen, worauf sofort die Blutung stand. Es sind mehrere Fälle dieser Art in derselben Gegend (Beyrout) verzeichnet; die Blutegel werden beim Trinken aus Brunnen aufgenommen. LEFFERTS.

69) **Lim Boom Keng** (Singapore). **Nasenverstoptung durch einen Blutegel. (Nasal obstruction due to a leech.)** *Scott. Medical and Surgical Journal. October 1899.*

Der Patient, der anämisch aussah, hatte den Blutegel vor 3 Monaten beim Baden in die Nase bekommen. Die Extraction mit der Zange misslang, da der Blutegel zu fest sass. Auch auf eine Einspritzung einer Kali hypermanganicum-Lösung in die Nase saugte sich das Thier nur noch fester an. Schliesslich liess Verf. den Patienten ein paar Tropfen Chloroform inhaliren, worauf der Blutegel abfiel. Der Verf. regt an, mit der Pravaz'schen Spritze einige Tropfen Chloroform direct in den Blutegel zu injiciren. LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

70) **Passini** und **Leiner**. **Ueber einen Fall von Noma faciei.** Aus dem Carolinen-Kinderspitale in Wien. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 28. 1899.*

Nach bakteriellen und Thierversuchen ergab sich, dass in diesem Falle dem Löffler'schen Bacillus eine wichtige Rolle zugeschrieben werden muss und glauben P. und L. in Uebereinstimmung mit Freymuth und Petruschky, dass Noma unter Umständen durch genannten Bacillus hervorgerufen werden könne. CHIARI.

71) **B. Fraenkel. Offener Mund und kurze Oberlippe in Folge Straffheit des Frenulum labii superioris.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. IX. 3. p. 491. 1899.*

F. sah 3 Kinder von 6—10 Jahren mit offenem Munde, bei denen adenoide Vegetationen vermuthet wurden. Die Untersuchung ergab aber, dass der Nasenrachenraum frei war und dass thatsächlich gar keine Mundathmung bestand. Der

Mund stand vielmehr deshalb offen, weil die Oberlippe zu kurz war, um die Unterlippe zu erreichen. In allen 3 Fällen war das Frenulum labii superioris kurz und sehr stramm. Nach Spaltung desselben (und zwar nicht nur der Schleimhaut, sondern auch des darunterliegenden bandartig sich vordrängenden Bindegewebes) konnten die Kinder sofort den Mund schliessen, ein Beweis, dass die Oberlippe an sich nicht zu kurz war, sondern nur durch das zu feste Bändchen in ihrer Beweglichkeit behindert. Eine Erklärung dieses Zustandes kann F. nicht geben; um eine Atrophie der Lippe infolge lange bestehender Mundathmung handelt es sich nicht. Als Namen für den Zustand schlägt er die Bezeichnung Mikrochilie vor.

F. KLEMPERER.

72) **Danlos. Tuberculöser Pseudoschanker der Lippe. (Pseudo-chancre tuberculeux de la lèvre.)** *Soc. de dermatol. et de syphil. 12. Januar 1899.*

15jähriges Mädchen mit einer Ulceration an der Oberlippe, die seit 2 Monaten besteht, mit einer Kruste bedeckt ist und wie ein syphilitischer Schanker aussieht. Das zerklüftete Aussehen des Geschwürs nach Abheben des Schorfes, das Fehlen von Induration und Drüsenschwellung, das Vorhandensein eines ähnlichen Geschwürs am Zungenbändchen und schliesslich das Bestehen tuberculöser Erkrankung in der Lunge führten zur richtigen Diagnose: es handelte sich trotz Fehlens grauer oder gelber Knötchen um ein tuberculöses Geschwür.

A. Fournier betont die Seltenheit dieser Localisation und die Schwierigkeit der Diagnose; die buccale Tuberculose etablirt sich sonst überall, nur nicht an der Lippe.

Besnier will unterschieden wissen zwischen den tuberculösen Ulcerationen, die als Complication bei vorgeschrittenen Tuberculösen auftreten, und denen, die eine primäre Localerkrankung darstellen.

PAUL RAUGÉ.

73) **Parmentier. Die Hasenscharte. (Le bec de lièvre.)** *Le Progrès Médic. Belge. No. 7. 1899.*

Revueartikel von allgemeinem Interesse.

BAYER.

74) **A. Limberg. Die zahnärztliche Hülfe der Bevölkerung, besonders der Schüler. (Subowratschebnaja pomoschtsch naseleniju w osobennosti utschaschtschemusja.)** *Wratsch. No. 43. 1899.*

L. bringt eine ganze Reihe von Vorschlägen, wie man die heranwachsende Jugend vor der bei 95 pCt. anzutreffenden Zahncaries schützen soll. Von denselben führe ich nur folgende an:

1. Ortschaften zum Aufenthalt wählen, wo das Wasser kalkhaltig ist.
2. Mehr kalkhaltige Grünfrüchte und Gemüse essen.
3. Zu eng gelegenen Zähnen durch Extraction Raum schaffen.
4. Zahnhygiene in das Schulprogramm aufnehmen.

P. HELLAT.

75) **Quintin. Die Epulis. (L'épulis.)** *Le Progrès Méd. Belge. No. 4. 1899.*

Classification und Aufzählung der verschiedenen Tumoren, welche unter dem Namen Epulis laufen. Daran anknüpfend Mittheilung eines Falles von Epulis, der sich mikroskopisch als Myeloplaxensarcom herausstellt. Exstirpation. Heilung.

BAYER.

76) **T. W. Bird. Ein bemerkenswerther Unfall. (A remarcable accident.)** *Laryngoscope. October 1899.*

Ein Mann rennt gegen einen Drahtzaun, wird zu Boden geworfen und schlägt sich fast den ganzen linken Oberkiefer mit 8 Zähnen aus. EMIL MAYER.

77) **Schmidt. Operation der Ankylose des Unterkiefers mit Interposition eines Muskellappens. (Operazia ankilosa nishneitscheljukti s peremeschtscheniem mischetschnawo loskuta.)** *Chirurgia. Bd. VI. No. 31. 1899.*

Es handelt sich um eine knöcherne Ankylose, die nach Otitis media entstanden war und 12 Jahre lang der Patientin vollständig den Mund verschloss. Die Kranke wurde durch eine Zahnlücke ernährt. Der Autor meisselte ein Stück Knochen aus dem aufsteigenden Unterkieferast heraus und interponirte zwischen die beiden Knochenflächen ein Stück vom Masseter. Die künstliche Pseudarthrose hielt gut; die Patientin konnte sofort genügend den Mund öffnen. Der Erfolg blieb dauernd. P. HELLAT.

78) **Morris D. Stepp. Drei Fälle von maligner Erkrankung. (Three cases of malignant disease.)** *Bulletin of the Cleveland General Hospital. Juli 1899.*

Der eine der mitgetheilten Fälle ist ein Sarcom des rechten Oberkiefers.

EMIL MAYER.

79) **Chavannez. Osteosarcom des Oberkiefers. Abtragung. Recidiv an einer Rippe. Zweite Operation und Heilung. (Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur. Ablation. Récidive au niveau d'une côte. Deuxième intervention. Guérison.)** *Société de Chirurgie. 12. Juli 1899.*

Es handelte sich um ein Sarcom aus embryonalen Zellen. Das Recidiv am Thorax trat 3 Jahre nach der ersten Operation auf. Der Patient ist jetzt mehrere Monate nach der zweiten Operation und befindet sich vollkommen gesund.

PAUL RAUGÉ.

80) **W. H. Hudson. Bericht über Sarcome der Kiefer. (A report of some sarcomata of the jaws.)** *Atlanta Journal-Record of Medicine. Novemb. 1899.*

Von vorwiegend chirurgischem Interesse. EMIL MAYER.

81) **A. J. Burdens. Die Zunge bei Erkrankungen. (The tongue in disease.)** *The Physician and Surgeon. September 1899.*

Verf. bespricht das veränderte Aussehen der Zunge bei verschiedenen Krankheitszuständen. EMIL MAYER.

82) **Chas. G. Kerley. Angioneurotisches Oedem mit Betheiligung der Zunge und der Unterlippe. (Angioneurotic oedema involving the tongue and lower lip.)** *Archives Pediatrics. October 1899.*

Krankengeschichte eines Falles. EMIL MAYER.

83) **E. C. Stuart. Acute Ranula. (Acute ranula.)** *Philad. Medical Journal. 23. September 1899.*

Die Ranula trat ganz plötzlich auf und entwickelte sich innerhalb 6 Stunden zu voller Höhe. Sie eröffnete sich von selbst nach 3 Tagen. EMIL MAYER.



84) **G. Baudouin. Zwei syphilitische Schanker der Zunge bei demselben Individuum. (Deux chancres syphilitiques de la langue chez le même sujet.)** *Soc. de dermatol. et de syphiligraphie. 9. September 1899.*

Der Fall ist interessant einmal wegen des Vorhandenseins des doppelten Primäraffects; dann aber wegen der Art der Ansteckung, die wahrscheinlich mit der Gewohnheit des Patienten, auf der Strasse aufgelesene Cigarrenstummel zu kauen, zusammenhängt.

PAUL RAUGÉ.

85) **Balzer** (Paris). **Syphilitische Glossitis. (Glossite syphilitique.)** *Soc. franç. de dermat. et de syphiligraphie. 13. Juli 1899.*

Es handelt sich um eine scleröse Glossitis, die der specifischen Behandlung nicht wich. Diese Affection ist bei Frauen selten. Durch die Hartnäckigkeit gegenüber der Therapie steht sie den visceralen Sclerosen nahe, deren Tenacität bekannt ist.

PAUL RAUGÉ.

86) **Leredde** und **Druelle. Tertiäre Glossitis. (Glossite tertiaire.)** *Soc. de dermatol. et de syphiligraphie. 9. September 1899.*

Ein seltener Fall von tertiärer Glossitis mit Gumma der Backe bei einer Frau. Hervorzuheben ist, dass die Patientin rauchte, was den Einfluss des Tabaks auf diese Localisation der tertiären Erscheinungen bestätigt.

PAUL RAUGÉ.

87) **Gaston** (Paris). **Epithelioide Modificationen der Zungenschleimhaut in einem Falle von gummöser und mercurieller Glossitis. (Modifications épithélioïdes de la muqueuse linguale dans un cas de glossite gommeuse et mercurielle.)** *Soc. franç. de dermat. et syphiligr. 13. Juli 1899.*

Es handelt sich um einen Fall von gummöser Glossitis, der einer intensiven Quecksilberbehandlung durch Subcutaninjectionen unterworfen wurde. Nach einer Reihe von Injectionen trat eine allgemeine ulceröse und phagedänische mercurielle Stomatitis ein. Während das Centrum der Zungenläsion von rein gummöser Structur ist, wird die Peripherie von einem epitheliomähnlichen Epithelialgewebe gebildet.

PAUL RAUGÉ.

88) **G. A. Syme** (Melbourne Victoria). **Chirurgische Tuberculose bei älteren Leuten. (Surgical tuberculosis in old age.)** *Australian Med. Gazette. 20. November 1899.*

S. beschreibt einen Fall von tuberculösem Geschwür der Zunge bei einer 62jährigen Frau; dieselbe zeigte auch vorgeschrittene Tuberculose der linken Lunge.

A. J. BRADY.

89) **Du Castel** (Paris). **Lupus der Zunge. (Lupus de la langue.)** *Soc. franç. de dermatol. et de syphiligraphie. 13. Juli 1899.*

Der Kranke leidet an Lupus vulgaris des Gesichts und hat auf der vorderen Partie der Zunge eine nicht ulcerirte Hervorragung, die sehr wahrscheinlich lupös ist. Diese Localisation ist äusserst selten.

PAUL RAUGÉ.

90) **Ch. Audry** und **Sverseng** (Toulouse). **Papillom neben Lupus der Zunge. (Papillome juxtalupique de la langue.)** *Arch. méd. de Toulouse. 1. December 1899.*

Die Verff. berichten über einen interessanten Fall von Lupus der Zunge. Klinisch bemerkenswerth ist:

1. der Sitz der Affection an der Spitze der Zunge,

2. dass die Zungenaffection vollständig isolirt war und sonst keine lupöse Veränderung an irgend einer Stelle bestand,

3. dass die Affection durch das Vorhandensein eines kleinen Papilloms der Schleimhaut cachirt war,

4. dass das klinische Bild derartig war, dass nicht nur intra vitam die Diagnose nicht gestellt wurde, sondern auch die Autopsie keinen klaren Aufschluss gab, bis die histologische Untersuchung vorgenommen wurde.

E. J. MOURE.

91) **Arthur W. Watson. Bericht über 2 Fälle von Nebenschilddrüsen an der Zungenbasis. (A report of two cases of accessory thyreoid gland at the base of the tongue.)** *N. Y. Medical Journal. 21. October 1899.*

In Fall 1 sah man mit dem Rachenspiegel einen grossen glatten Tumor an der Zungenbasis von der Epiglottis, die nach hinten gedrückt wurde, bis zu den Papillae circumvallatae. Derselbe fühlte sich bei Betastung mit dem Finger glatt und fest an. Auf seiner Höhe befand sich eine mit einem weissen Schorf bedeckte Ulceration.

Die Geschwulst in Fall 2 sah ganz ähnlich aus. Beide Tumoren bestanden aus Schilddrüsengewebe. Solche Geschwülste sind ziemlich selten und ihr Vorkommen ist in den meisten Lehrbüchern der Hals- und Nasenkrankheiten überhaupt nicht erwähnt.

LEFFERTS.

92) **Jacob E. Schadle. Schilddrüsentumoren der Zunge. (Accessory thyroid tumors of the tongue.)** *Journal of the Americ. Med. Assoc. 12. August 1899.*

Vergleiche den Bericht über die Verhandlungen der American Medical Association.

EMIL MAYER.

93) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Adenom der Zunge. (Adenoma of the tongue.)** *Australasian Medical Gazette. 20. November 1899.*

56jähriger Mann leidet seit mehreren Jahren an recidivirenden Schwellungen an verschiedenen Theilen des Körpers. Eine grosse glatte Geschwulst wächst aus der Zungenbasis hervor und erfüllt die Fossa epiglottica. Dysphagie und gelegentliche Dyspnoe sind die wesentlichsten Symptome. Ein Theil der Geschwulst wurde excidirt und untersucht. Der mikroskopische Befund entspricht einem tubulären Adenom.

A. J. BRADY.

94) **Casezza. Ein Leiomyom der Zunge. (Un leiomioma della lingua.)** *Boll. della soc. med. Chir. di Pavia. No. 3—4. 1899.*

Es handelte sich um einen rapid wachsenden Tumor auf der linken Seite der Zunge bei einem 5jährigen Mädchen. Derselbe wurde exstirpirt und zeigte sich

bei der mikroskopischen Untersuchung bestehend aus Muskelfasern mit wenigen Gefässen und einigen Bindegewebsfasern. Es liegt also hier der — nach dem Verf. — bisher noch nicht beschriebene Fall eines fast reinen Myoms der Zunge vor, während bei den sehr seltenen bisher berichteten Fällen, die mit dem vorliegenden zu vergleichen wären, der bindegewebige Antheil die Hauptmasse des Tumors ausmachte und darin nur einige Muskelfasern vorkamen, es sich also nur um Fibromyome handelte. Verf. sieht in seinem Fall eine Stütze der Cohnheim-schen Geschwulsttheorie.

FINDER.

95) **Morestin. Epitheliom des Zungenbändchens. (Epithéliome du frein de la langue.)** *Société anatomique. 2. Juni 1899.*

Es handelt sich um einen Tumor am Mundboden, der vom Zungenbändchen seinen Ursprung genommen hatte; derselbe wurde auf submaxillarem Wege entfernt.

PAUL RAUGÉ.

96) **H. Stow Garlick. Epitheliom der Zunge bei einem jungen Mann von 21 Jahren. (Epithelioma of the tongue in a young man 21 years of age.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 16. December 1899.*

Vorstellung des Patienten und Vorlegung von Präparaten, die von einem excidirten Stückchen der Geschwulst hergestellt sind.

EMIL MAYER.

97) **Ernesto Bozzi. Beitrag zur Kenntniss der auf dem Boden der Psoriasis entstehenden Zungencarcinome.** Aus Prof. Novaro's chirurg. Klinik in Bologna. — *Beitr. z. klin. Chirurgie. XXII. 1898.*

Auf Grund einer genauen mikroskopischen Untersuchung eines auf dem Boden einer Psoriasis entstandenen Zungenkrebses bestreitet Bozzi die Anschauung Leloir's, dass das Carcinom an jenen Stellen entstehe, wo in Folge von Rissen oder Ulcerationen eine Enthornung besteht.

An der Entstehung der Risse betheiligt sich übrigens nicht allein die Malpighische Schicht, sondern das gesammte Epithel, die Hornschicht mit inbegriffen, so dass jene anscheinend in Folge einer totalen, auf eine zu starke und rasche Flächenvergrösserung des Deckepithels zurückzuführenden Einstülpung entstanden wären. Dabei nimmt die Hornschicht die centralen Partieen ein; wenn nun später die Centralpartie sich abschuppt und zerfällt, so muss ein Riss entstehen. An einem zweiten Falle von Carcinom psoriasischen Ursprungs zeigt Verf., dass derartige Krebse keineswegs so gutartig sind (späte Drüseninfiltration und keine besondere Tendenz zu Rückfällen) als man oft meint.

A. ROSENBERG.

98) **A. Carrel** (Lyon). **Exstirpation der Zunge, des halben Mundbodens und des halben Unterkiefers wegen Krebs. (Ablation de la langue, d'une moitié du plancher buccal et de la moitié du maxillaire inférieur pour cancer.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 21. Juni 1899.*

Der Kranke wurde von Vallas operirt. Ausser der Zunge, dem halben Mundboden und Unterkiefer wurde ein Drüsenpaket aus der Submaxillargegend entfernt. Die Schnittführung wurde weit in das gesunde Gewebe hinein gelegt. Die Heilung ging ungestört von statten. Der Pat. kann noch nicht schlucken und

wird durch die Oesophagussonde ernährt. Die Phonation ist leidlich und Pat. kann sich verständlich machen. Der Allgemeinzustand ist vortrefflich.

PAUL RAUGÉ.

99) **Albert B. Andrews. Ein neuer Zungen-Herabdrücker. (A new tongue-depresser.)** *Journal American Med. Association. 11. November 1899.*

Beschreibung und Abbildung.

EMIL MAYER.

d. Diphtheritis und Croup.

100) **Kober. Der Diphtheriebacillus im gesunden Munde. (The diphtheritic bacillus in the healthy mouth.)**

K. zeigt, dass die geläufige Annahme, dass sich der Löffler'sche Bacillus in 18 pCt. aller gesunden Personen, die mit Diphtheriepatienten in Berührung kommen, vorfinde, übertrieben ist. Er fand ihn nur bei 8 pCt.

LEFFERTS.

101) **Redact. Notiz. Das Vorkommen von Diphtheriebacillen bei gesunden Personen. (The presence of diphtheria bacilli in healthy persons.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 23. September 1899.*

Die neueren Untersuchungen lehren, dass Diphtheriebacillen im Munde von 18,8 pCt. aller Personen, die mit Diphtheriepatienten in Berührung kommen, vorhanden sind. Bei Untersuchung von Personen, die nichts mit Diphtheriekranken zu thun hatten, fand man Diphtheriebacillen im Munde von 0,83 pCt.

EMIL MAYER.

102) **M. V. Grigoriev. Bakteriologische Untersuchung der Nase bei Diphtheriereconvalescenten. (Bacteriological examination of the nose in the convalescence of diphtheria.)** *L'Union Medicale du Canada. November 1899. Arch. Pediatrics. November 1899.*

46 Fälle von Diphtherie in der Reconvalescenz wurden untersucht; es fanden sich Bacillen bei 5 Fällen noch am 18. bis 20. Tage. Bei 36 Fällen verschwanden die Bacillen mit den Membranen in den ersten 8 Tagen; bei 5 verschwanden sie in der zweiten Woche. Die Zeit des Verschwindens der Bacillen aus dem Nasensecret war dieselbe. Aus diesen zeitlichen Verschiedenheiten ergiebt sich der Schluss, dass in jedem Fall eine besondere Prüfung sowohl des Pharynx, wie der Nase vorgenommen werden muss, um die An- oder Abwesenheit der Bacillen zu entscheiden.

EMIL MAYER.

103) **Redact. Notiz. Diphtheriebacillen bei eitriger Coryza der Kinder. (Diphtheria bacilli in purulent coryzas of children.)** *Pediatrics. September 1899.*

Der bacteriologische Befund bei muco-purulenter Coryza verdient Beachtung. Fälle mit Diphtheriebacillen sind von anderen zu isoliren.

EMIL MAYER.

104) **J. H. Adair. Hals- und Nasen-Desinfection bei Diphtherie. (Throat and nose desinfection in the presence of diphtheria.)** *Northwestern Lancet. 1. September 1899.*

Verf. fand eine Lösung von Sublimat 1 : 3000 und Formalin $^1/_2$ pCt. aus-

reichend zur Zerstörung der Diphtheriebacillen. Er schliesst, dass die Bestrebungen, den Bacill dauernd aus Nase und Hals fern zu halten, beim gegenwärtigen Stand der Therapie fruchtlos sind.

EMIL MAYER.

105) **Noel Paton, J. Dunlop, G. Macadam. Stoffwechsel und Diphtheritis. (Metabolism and diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 21. October 1899.*

Die Verff. berichten über Stoffwechselversuche an Hunden, denen sie Diphtheriegift injicirt hatten. Der Eiweissstoffwechsel erfuhr durch die Diphtherievergiftung eine deutliche Steigerung. Die Verhältnisse der Schwefel-. Phosphor-, Chlor-Ausscheidung etc. werden in Tabellen veranschaulicht.

LEFFERTS.

106) **Richard B. Short. Ueber Diphtherie. (A synopsis of diphtheria.)** *Indiana Medical Journal. September 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

107) **M. D. Jennings. Diphtheritische Pneumonie. (Diphtheritic pneumonia.)** *Interstate Medical Journal. September 1899.*

Eine Pneumonie, die sich am 4. Tage nach Diphtherie entwickelt, soll vorkommen; nach Verf. muss dies eine diphtheritische Pneumonie sein. (!)

EMIL MAYER.

108) **Theodore Potter. Diphtherie und membranöser Croup. (Diphtheria and membranous croup.)** *Philad. Monthly Med. Journal. Juli 1899.*

Eine Besprechung der Croupfrage vom pathologischen und vom klinischen Standpunkt aus.

EMIL MAYER.

109) **M. P. Creel. Behandlung des Croup. (Treatment of croup.)** *Monthly Cyclopaedia of Pract. Medicine. October 1899.*

Ein bis drei Tropfen Copaivbalsam 4mal täglich in Emulsion gereicht, sind von Werth.

EMIL MAYER.

110) **Redact. Notiz. Gegen Diphtherie. (For diphtheria.)** *Kansas City Med. Record. October 1899.*

Acid. carbol. 0,6
Ac. sulfuros. 11,25
Glycerin. 15,0
Tct. ferri. chlor. 15,0.
M. D. S. Zum Einpinseln des Halses.

Tct. ferri. cholorat. 7,5—11,25
Kalii chlor. 3,75
Ac. muriat. dilut. gtt. X
Syr. simpl. 120,0.
M. D. S. 1—2 stdlch. 1 Theelöffel voll.

EMIL MAYER.

111) **J. D. Coleman. Calomel bei Diphtherie. (The use of calomel in diphtheria.)** *International Medical Magazine. October 1899.*

C. glaubt an die Wirkung dieses Mittels.

EMIL MAYER.



112) A. Robin. **Das Heilserum im Lichte wissenschaftlicher Untersuchungen. (Antitoxin in the light of scientific investigations.)** *International Med. Magaz. October 1899.*

R. antwortet auf die Angriffe Hermann's (N. Y. Med. Record) gegen das Serum. Er zeigt Punkt für Punkt, dass H.'s Einwände trügerisch sind und dass der Werth des Serums klinisch wie experimentell zweifellos erwiesen ist.

EMIL MAYER.

113) Nedrigajlow. **Versuche mit Diphtherie-Heilserum, welches per os und rectum verabreicht wurde. (Experiments with diphtheria-antitoxin introduced by the mouth and rectum for curativ purposes.)** *International Medical Magazine. October 1899.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass das Serum nicht unverändert vom Magen-Darmtractus aus ins Blut aufgenommen wird, selbst wenn man es in recht grossen Dosen reicht. In Folge dessen wird auf diesem Wege keine Immunität erzielt. Diese Methode ist also zur Behandlung der Diphtherie beim Menschen nicht geeignet.

EMIL MAYER.

114) E, L. Larkins. **Diphtherieserum per os gegeben. (Diphtheria antitoxin given by the mouth.)** *Indiana Medical Journal. November 1899.*

L. gab das Serum per os in zwei Fällen, von denen der eine tonsilläre Diphtherie hatte, der andere nur der Ansteckung ausgesetzt gewesen war. Aus dem guten Resultate bei diesen zwei Fällen schliesst er, dass man das Mittel immer auf diesem Wege einverleiben kann.

EMIL MAYER.

115) C. G. Stivers. **Zwei Fälle von Diphtherie, die mit Serum subcutan behandelt wurden und 4 per os immunisirte Fälle. (Two diphtheria cases treated by antitoxin hypodermically and four cases immunized per orem.)** *Southern California Practitioner. September 1899.*

Der Titel erklärt den Inhalt. Alle Fälle genasen.

EMIL MAYER.

116) L. D. Rand. **Serumbehandlung bei Diphtherie. (Antitoxin in diphtheria.)** *Journal of Medicine and Science. November 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

117) W. S. Devine. **32 Fälle von Diphtherie ohne Todesfall. 37 Fälle von Immunisirung. (Thirty-two cases of diphtheria; no deaths. 37 immunizations.)** *Jowa Medical Journal. November 1899.*

Die Ueberschrift erklärt den Inhalt.

EMIL MAYER.

118) . . . **Diagnose und Serumbehandlung der Diphtheritis. (Diagnosis and serum treatment of diphtheria.)** Sitzung der Chicago Medical Society vom 18. October 1899. *Journ. Amer. Med. Association. 28. October 1899.*

George H. Weaver spricht über den Werth und die Nothwendigkeit der bacteriologischen Untersuchung bei allen Fällen von Halsweh.

William K. Jacques erörtert die Bedingungen, unter denen der Diphtheriebacillus sich ansiedeln kann.

Adolph Gehrman legt den Bericht des Gesundheitsamts über die Controlle der Diphtherie in Chicago vor.

I. A. Abt bespricht die Complicationen der Diphtherie.

F. E. Wynkoop macht auf einige Folgen der bacteriologischen Diagnose der Diphtherie aufmerksam.

EMIL MAYER.

119) **B. H. Portuondo. Das Antitoxin bei der Behandlung der Diphtherie. (Antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *Medical Review. 7. October 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

120) **Adolph Koenig. Diphtherie und Serumbehandlung im Roselia Findelhaus und im Maternity Hospital zu Pittsburg. (Diphtheria in the Roselia foundling asylum and Maternity Hospital of Pittsburg. — Treatment with antitoxin.)** *Pennsylvania Med. Journal. September 1899.*

Die kurze aber sorgfältig durchgearbeitete Mittheilung berichtet über 52 Fälle von Diphtherie mit nur 1 Todesfall. Das Serum wurde als Heilmittel, wie auch zu prophylactischen Zwecken verwandt.

EMIL MAYER.

121) **J. L. Wolfe. Diphtherieheilserum. (Antitoxin.)** *Practical Medicine. September 1899.*

W. ist gegen die Serumanwendung zu Heilzwecken.

EMIL MAYER.

122) **Wilhelm Mayer** (Fürth). **Heilserum und Tracheotomie.** *Münchner medic. Wochenschr. No. 47. 1899.*

Unter der Anwendung des Heilserums kommt es seltener zu Larynxstenose und zur Tracheotomie. Bilden sich nach der Tracheotomie wieder neue Membranen, so werden dieselben mit einem kleinen Löffel herausgeholt. M. meint, in seinem Wirkungskreise müsse derjenige, der intubiren wolle, zu rascher Tracheotomie gerüstet sein und für ständige ärztliche Beaufsichtigung sorgen. Unter 58 Tracheotomirten konnte 6mal die Canüle nur mit grösster Schwierigkeit entfernt werden. In einem Falle bestand eine Myositis fibrosa der Stimmbandmuskeln mit entzündlicher Schwellung der Schleimhaut. Schwere croupöse Entzündungen des Kehlkopfes kommen durch das Heilserum öfters zur Ausheilung als früher.

SCHECH.

123) **A. B. Strong. Intubation und Serum bei diphtheritischer Laryngitis. (Intubation and antitoxin in diphtheritic laryngitis.)** *Journal American Medical Association. 28. October 1899. Chicago Med. Recorder. October 1899.*

S. ist fest überzeugt, dass bei früher Serumanwendung der Larynx nicht so oft ergriffen wird, wie ohne Serum; dass bei primärer Affection des Larynx durch das Serum die Erkrankung öfters zum Stillstand kommt und ein chirurgischer Eingriff erforderlich wird; dass schliesslich, wenn die Intubation nöthig ist, ihr Erfolg sich jetzt günstiger gestaltet als vor Einführung des Serums.

EMIL MAYER



c. Kehlkopf und Luftröhre.

124) **Joseph Holt. Gegen catarrhalische Laryngitis. (Catarrhal laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 16. September 1899.*

Chloral. 5,0
Kalii bromat. 3,0
Ammon. bromat. 2,0
Aqu. Cinnamom 62,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll, nach 20 Minuten zu wiederholen, bis Besserung erfolgt (bei einem Kind von 5 Jahren). LEFFERTS.

125) **H. Moulton. Acute Erkrankungen des Kehlkopfs. (Acute diseases of the larynx.)** *Medical Monograph. 15. Februar 1899.*

M. bespricht die Ungenauigkeit unserer Nomenclatur. In seinen weiteren Ausführungen sagt er, dass acute idiopathische Entzündungen selten sind, ausser bei Trauma, Einathmung von Irritantien u. dergl. Laryngeale Entzündungen sind gewöhnlich nicht so schwer als die Entzündungen mancher anderen Theile; häufig sind sie durch Nasenverstopfung verursacht. Bacterien sind stets vorhanden; das Wetter lässt sie virulent werden.

Der Laryngismus stridulus ist durch acute subglottische Entzündung bedingt; Husten und Dyspnoe sind reflex-neurotischen Ursprungs. Bei Influenza und Typhus ist der Larynx oft afficirt. (Die subcricoide Hypertrophie bei Typhus, die mehrfach beschrieben ist, erwähnt M. nicht. Ref.) EMIL MAYER.

126) **Bacaloglu. Zwei Fälle von plötzlichem Exitus im Verlaufe von Kehlkopfaffectionen. (Deux cas de mort subite au cours d'affections laryngées.)** *Bull. Soc. Anat. de Paris. October 1899. p. 855.*

Fall 1 betrifft einen 38jährigen Mann, der wegen eines von der Mandel ausgehenden Rachenabscesses ins Hospital aufgenommen wurde. Es wird eine Incision gemacht und ein wenig Eiter entleert; der Kranke fühlt sich erleichtert und ist nicht mehr dyspnoisch. In der Mitte der Nacht will er sein Bett ordnen und fällt todt um. Die Autopsie ergiebt einen ziemlich grossen peritonsillären Abscess, Oedem der Zungenbasis und des Kehlkopfeingangs. Die Plica ary-epiglottica derselben (linken) Seite ist stark geschwollen; etwas weniger die Glottis.

Der zweite Pat. war am 9. Oktober mit Roseola syphilitica und allgemeiner Drüsenschwellung aufgenommen worden; keine Plaques muqueuses im Munde. Am 20. Oktober klagt er über Halsweh. Auf den Mandeln und am Zäpfchen sieht man kleine Ulcerationen; keine Stomatitis. Dabei besteht Dysphagie und eine geringe Behinderung der Athmung. Am 22. Oktober Morgens plötzlicher Tod.

Die Section ergiebt Schwellung und Röthung der Epiglottis, deren linke Hälfte eine tiefe Ulceration zeigt; ähnliche Ulcerationen sitzen auf den Stimmbändern und unter der Glottis. A. CARTAZ.

127) **P. Gallois** (Paris). **Die keuchhustenartige Laryngitis und ihre Behandlung. (De la laryngite coqueluchoide et de son traitement.)** *Société de Therapeutique. 27. Juni 1899.*

G. beobachtete eine Reihe von Kranken, die an Keuchhusten erinnernde Hustenanfälle hatten, ohne indessen den für Keuchhusten charakteristischen Auswurf zu haben. Handelte es sich dabei um eine abgeschwächte Form von Keuchhusten? Um eine Schwellung der Bronchial- und Trachealdrüsen? G. neigt mehr zur Annahme einer subglottischen Laryngitis grippalen Ursprungs. Möglicher Weise spielen auch adenoide Vegetationen in ähnlichen Fällen eine Rolle.

Zur Behandlung empfiehlt Verf. Einstäubungen von Borsäure und Carbollösung $^1/_{100}$, Inhalationen von Menthol, innerlich Terpin, Aconit, Belladonna und besonders Bromoform.

PAUL RAUGÉ.

128) **Antonio Damieno. Larynxstenose und Erstickungsgefahr infolge angioneurotischen Oedems. (Stenosi laringea fulminea con minaccia d'imminente soffocazione da edema angioneurotico.)** *Archiv. Ital. d. Laringol. Juli 1898.*

Bei einem 60jährigen Mann tritt, mitten im besten Wohlsein, plötzlich ein, sich von der Nasenwurzel allmälig über das ganze Gesicht verbreitendes Oedem auf, nach dessen Verschwinden der Pat. über Schluckbeschwerden zu klagen beginnt.

Verf. findet ein sehr starkes Oedem an den vorderen Gaumenbögen und der Uvula, es tritt innerhalb ganz kurzer Zeit Aphonie und extremste Athemnoth mit imminenter Suffocationsgefahr ein. Es wird eine O. Dwyersche Intubationsröhre eingeführt, wobei der die Epiglottis niederdrückende Finger das Gefühl hat, tief in ein weiches Polster einzusinken, und als nach 10 Minuten der Tubus ausgehustet wird, ist die Athmung bereits so unbehindert, dass von ihrer Wiedereinführung abgesehen werden kann. Nach einigen Stunden ist das Befinden wieder vollkommen normal.

FINDER.

129) **Avellis** (Frankfurt a. M.). **Jodoedem des Kehlkopfes.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 22. 1899.*

Bei einem alten Herrn, der wegen Emphysem und Bronchitis Digitalisinfus mit Jodkali (10 gr Jodkali auf 200 gr Infus) bekommen hatte, traten nach dem dritten Esslöffel der Mixtur Schlingbeschwerden, Heiserkeit und eine leichte Verengerung im Kehlkopf auf. Bei der laryngoskopischen Untersuchung zeigte sich ödematöse Durchtränkung von blaugrauröthlicher Farbe der ganzen hinteren Arygegend und des Eingangs in den Oesophagus, unter den gedunsenen Stimmbändern eine wässerige graurosarothe Schwellung. Nach 6 Tagen war von dem Oedem nichts mehr zu bemerken.

SEIFERT.

130) **M. Richter** (Wien). **Ueber das Oedem der Kehlkopfeingangsfalten in Wasserleichen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1899.*

R. kommt auf Grund seiner Untersuchungen an dem Materiale des gerichtlich-medicinischen Institutes in Wien zu dem Ergebnisse, dass das Oedem der aryepiglottischen Falten nichts als eine Leichenerscheinung ist.

CHIARI.

131) **Avellis. Die Beziehung der Laryngitis sicca chronica zur Schwangerschaft.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 8. 1899.*

Mädchen und Frauen leiden viel häufiger an Ozaena und trocknen Catarrhen des Pharynx und Larynx, was sich wahrscheinlich aus der ererbten Breitgesichtigkeit des weiblichen Geschlechts erklärt. Dazu kommt noch als begünstigendes Moment die Schwangerschaft hinzu; aber auch Neigung zu einfachen Kehlkopfcatarrhen will A. bei Schwangeren beobachtet haben.

Therapeutisch empfiehlt A. heisse Getränke, besonders heisses Salzwasser (30° R.), Emserquelle, bei Ozaena heisse Ausspülungen; als Einspritzung in den Kehlkopf empfiehlt sich besonders warmes Mentholvaselin oder bei Krustenbildung in der Nase warmes Mentholinmandelöl mit dem Oelzerstäuber von Trautmann.

SCHECH.

132) **Walter B. Johnson. Ein interessanter Fall von Dyspnoe beim Erwachsenen. (Report of an interesting case of dyspnoea in an adult.)** *Laryngoscope. Juli 1899.*

Es handelte sich ohne Zweifel um eine acute catarrhalische Laryngitis und Tracheitis von ungewöhnlicher Schwere, bei der die Secrete in ungewöhnlichem Maasse eingetrocknet und hart den Trachealwänden fest anhafteten und durch die mechanische Beschränkung des Luftröhrenlumens einen beträchtlichen Theil der Dyspnoe verschuldeten.

EMIL MAYER.

133) **George B. Kalb. Membranöse Laryngitis. (Membranous laryngitis.)** *Philadelphia Med. Journal. 8. Juli 1899.*

Nach K.'s Meinung handelt es sich bei membranöser Laryngitis stets um Diphtheritis und man soll zeitig grosse Dosen Serum geben, ausserdem frühzeitig intubiren.

EMIL MAYER.

134) **Alexander C. Howe. Ein Fall von Abscess an der vorderen Fläche der Epiglottis. (Report of a case of abscess on the anterior surface of the epiglottis.)** *N. Y. Med. Journal. 28. October 1899.*

Bosworth behauptet, dass Perichondritis der Epiglottis nicht in Abscess und Nekrose ausgeht, sondern in einen ulcerativen Process. Howe hält dem seinen Fall entgegen, in welchem die Perichondritis zu Abscess und Nekrose des Epiglottisknorpels führte. Die Inspection zeigte in diesem Falle leichte Entzündung der Fauces und des Pharynx. Die Epiglottis war nach hinten und unten gedrängt, so dass sie die obere Larynxöffnung fast vollständig verschloss. Die Inspiration war stärker behindert als die Exspiration, da bei der ersteren der Kehldeckel noch mehr niedergezogen wurde. Diese Stellung der Epiglottis war durch einen wohl umschriebenen rundlichen Tumor von etwa $^1/_2$ Zoll Durchmesser bedingt, der die Mitte der vorderen Epiglottisfläche einnahm und bis nahezu an deren Spitze reichte. Dieser Tumor drückte auf die leicht entzündeten und hypertrophischen Drüsen an der Zungenbasis. Die Umgebung derselben war stark geschwollen und geröthet. Der Tumor wurde incidirt und es entleerte sich ein gelber übelriechender Eiter. Die Dyspnoe war sofort erleichtert und auch die übrigen Symptome gingen rapide zurück.

LEFFERTS.

135) **Potain** (Paris). **Arthritis des Kehlkopfs im Zusammenhang mit Grippe. (Arthrite laryngienne d'origine grippale.)** *Journ. de méd. int. 1. Juni 1899.*

Mitten unter den gewöhnlichen Erscheinungen der Grippe sah P. bei einem Patienten eine Entzündung des linken Crico-thyroid-Gelenks und bald danach auch der grösseren Kehlkopfarticulationen auftreten. P. empfiehlt für solche Fälle das salicylsaure Natron.

PAUL RAUGÉ.

136) **E. Fortunet. Beitrag zur Kenntniss der Regio subglottica des Larynx. (Contribution à l'étude de la région sous-glottique du larynx.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Nach einer kurzen anatomischen Beschreibung der Regio subglottica berichtet Verf. über die verschiedenen Affectionen, die hier vorkommen können. Es sind das:

1. traumatische Läsionen, einschliesslich der durch Fremdkörper und durch die Intubation des Larynx verursachten,
2. entzündliche Läsionen,
3. Stenosis subglottica,
4. Tumoren.

PAUL RAUGÉ.

137) **W. Freudenthal** (New York). **Ein Fall von chronischer Urticaria laryngis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. p. 126. 1899.*

Die Affection, die in grösseren Pausen seit Jahren besteht und stets mit Hauturticaria gleichzeitig auftritt, spielt sich im Wesentlichen auf der Epiglottis ab. Dieselbe zeigt bald 1 oder 2 herpesähnliche Prominenzen mit ödematöser Umgebung, bald ist sie tiefroth gefärbt, bald wieder ganz blass. Therapeutisch wirkten Einspritzungen einer 20proc. Menthollösung in Oel am besten. Die Attacke schien jedesmal mit Magenverstimmungen in Zusammenhang zu stehen.

F. KLEMPERER.

138) **J. H. Bryan. Chronischer Pemphigus vulgaris des Kehlkopfs und Mundes. (Pemphigus chronicus vulgaris of the larynx and mouth.)** *N. Y. Med. Journal. 25. November 1899.*

B. berichtet über einen Fall von Pemphigus, in dem nur die Schleimhaut des Kehlkopfs und Mundes afficirt war. Diese Localisation der Krankheit ist ausserordentlich selten. Von amerikanischen Autoren sind nur zwei Fälle mitgetheilt. Die fremde Literatur, besonders die deutsche, weist deren mehr auf. Der jüngere Schrötter hat selbst 5 Fälle beobachtet.

Die Aetiologie des Pemphigus ist äusserst dunkel; die Mehrzahl der Autoren hält das Leiden für ein trophoneurotisches. Die mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen sind bisher durchgehends negativ ausgefallen.

Eruptionen auf der Schleimhaut der oberen Luftwege werden bei allen Formen der Erkrankung beobachtet, häufiger freilich beim chronischen, als beim acuten Pemphigus. Gewöhnlich aber treten sie secundär im Anschluss an die Hauterkrankung auf, indem sie sich allmälig über den Mund, Pharynx und Larynx, in die Trachea und die Bronchien verbreiten; gelegentlich wird auch die

Conjunctiva afficirt. In einzelnen seltenen Fällen aber erkranken die Schleimhäute primär und bisweilen sogar ausschliesslich.

Locale Applicationen haben gar keinen Einfluss; alkalische Spülungen gewähren dem Patienten wahrscheinlich eine gewisse Erleichterung von dem beständigen Reiz in Mund und Kehlkopf. LEFFERTS.

139) **Descos** (Lyon). **Syphilitische Verengerung des Larynx. (Rétrécissement syphilitique du larynx.)** *Société des Scienc. méd. de Lyon. Juni 1899.*

Der Kranke war 1898 unter drängenden Umständen tracheotomirt worden. Da die stenotischen Zufälle fortdauerten, wurde später die Laryngofissur und die Resection der Weichtheile des Larynxinneren vorgenommen. Die specifische Behandlung war ohne Erfolg geblieben. PAUL RAUGÉ.

140) **J. Arslan. Frühzeitige hereditäre Kehlkopfsyphilis bei Kindern. (Sifilide ereditaria precoce della laringe nei bambini.)** *Arch. Ital. di Otol. Vol. VIII. Fasc. IV. 1899.*

Bericht über drei weitere Fälle, die das bereits in früheren Publicationen vom Autor gezeichnete Krankheitsbild illustriren. Die Symptome sind: Dysphonie, Husten, fast immer zusammen mit Coryza, und vor Allem eine bisweilen lebensgefährlichen Charakter annehmende Larynxstenose. In anatomischer Hinsicht unterscheidet Verf. eine durch Verdickung der Schleimhaut bedingte hyperplastische und eine ulceröse Form. FINDER.

141) **E. Blumenau. Zur klinischen Diagnose der gummösen Larynxsyphilis. (K klinitscheskoma rosposnawaniju gummosnawo sifilisa.)** *Wratsch. No. 47. 1899.*

Verf. beschreibt zwei Fälle, in denen die Diagnose auf Syphilis durch das von Hansemann beschriebene Symptom erleichtert wurde. P. HELLAT.

142) **A. Damieno** (Naples). **Ueber einen Fall von Stenosis hypoglottica, bedingt durch ein luetisches Gumma. (A proposito di un caso di stenosi ipoglottica per gomma sifilitica.)** *Archiv. Ital. di Laringol. Naples. Juli 1897.*

Ein werthvoller Aufsatz mit ausführlicher Discussion über den relativen Werth der Tracheotomie und Intubation, sowie über die Controverse zwischen Ferreri und Massei betreffs des Werthes der Intubation bei Erwachsenen.

Verf. beschreibt eine Gruppe von Fällen, in denen die Intubation der Tracheotomie bei Erwachsenen vorangehen oder sie ersetzen kann. Er berichtet über den Fall eines 50jährigen Mannes, bei welchem sich im Anschluss an Syphilis eine schwere laryngeale Stenose entwickelte, die trotz einer energischen specifischen Behandlung immer enger wurde. Massei führte die Intubation aus, aber der Tubus konnte nicht entfernt werden, weil die Stenose wiederkehrte. Sie war bedingt durch ein Gumma am Ringknorpel, der schliesslich zum Theil ausgehustet wurde. Man griff schliesslich zur Tracheotomie, setzte aber die Intubation fort, um die Stenose zu beseitigen. Der Zustand des Patienten besserte sich sehr erheblich und führte bald zur Genesung. Verf. stellt folgende Sätze auf:

1. Die Intubation kann die Tracheotomie ersetzen bei allen acuten Stenosen der Kinder.

2. Die Intubation kann bei Erwachsenen die Tracheotomie ersetzen in allen acuten und chronischen Fällen von supra- oder infraglottiden Stenosen, vorausgesetzt, dass die Passage ermöglicht ist und nicht eine unheilbare Erkrankung vorliegt.

3. Die Intubation erweist sich als bestes Mittel bei tracheotomirten Patienten die Canüle entbehrlich zu machen, wenn mit Hülfe einfacher Catheter oder Schrötter'scher Sonden die Passage erweitert bezw. hergestellt ist.

JAMES DONELAN.

143) **Cordes** (Berlin). **Ein casuistischer Beitrag zur Gummabildung im Larynx.** *Deutsche med. Wochenschr. 25. 1899. Philad. Med. Journal. 2. Sept. 1899.*

55jähriger Patient, heiser. Laryngoskopisch: Starke Infiltration und Röthung der ganzen linken Kehlkopfhälfte. Nirgends Ulceration. Indolente Infiltration einer Angulardrüse links. Diagnose schwankt zwischen einer malignen Neubildung und Syphilis. Die mikroskopische Untersuchung eines von Prof. H. Krause entfernten Stückes, die als interessanten Nebenbefund Fibrinausscheidung an der Oberfläche zeigt, spricht für Syphilis. Darreichung von Jodkali bestätigt diese Diagnose.

ZARNIKO.

144) **Kobnert** (Kempen). **Ein Beitrag zur Casuistik der gummösen Erkrankungen des Kehlkopfes.** Dissert. Greifswald. 1899.

Bei einem 57jährigen Landwirth fand sich als Ursache der hochgradigen Larynxstenose ein grosser vom linken Taschenband ausgehender Tumor, der fast den ganzen oberen Kehlkopfraum ausfüllte. Tracheotomie, Probeexcision. Die mikroskopische Untersuchung ergab nur die Anwesenheit einer chronischen Entzündung, namentlich starke kleinzellige Infiltration. Auf Grund dieses Befundes Einleitung einer antiluetischen Cur. Daraufhin völliges Verschwinden des Tumors.

SEIFERT.

145) **Thomas Hubbard. Ein Fall von multipler laryngo-trachealer Stenose.** (**A case of multiple laryngo-tracheal stenosis.**) *Journal of the Amer. Medical Assoc. 25. November 1899.*

Bei dem Patienten, der seit 6 Jahren an Dyspnoe litt, sah man eine narbige Membran in der Ebene der Stimmbänder, die nur eine enge Oeffnung zeigte. Unter Anwendung des Kirstein'schen Autoskopspatels wurde mittels einer Bistourisonde eine Incision gemacht; doch die Athmung besserte sich nicht. Nach Ausführung der Thyrotomie wurde eine zweite Stenose mehrere Zoll unterhalb des Larynx constatirt.

Der Verf. führt die multiplen Stenosen nicht auf Syphilis zurück, sondern glaubt, dass ein besonders intensiver Entzündungsprocess mit Ulceration, Gewebsverlust, Adhäsion und späterer Narbencontractur sich abgespielt hat.

EMIL MAYER.



146) **Robert Levy. Prognose der Kehlkopftuberculose. (Prognosis of laryngeal tuberculosis.)** *Journ. of the Amer. Med. Associat. 16. September 1899. Medical Review. 23. September 1899.*

Referirt im Verhandlungsbericht der laryngologischen Section der American Medical Association (Juni 1899).

EMIL MAYER.

147) **Eiserbarth. Spontane Heilung tuberculöser Ulceration des Larynx. (Spontaneous healing of tuberculous ulceration of the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 11. November 1899.*

47 jähriger Arbeiter mit vorgeschrittener Lungentuberculose, den E. seit 97 beobachtet. Im Jahre 98 wird er heiser, hat Schluckbeschwerden und Schmerzen im Kehlkopf. Es gelingt nicht, ihn zu laryngoskopiren. Im Januar 1899 sieht E. den Patienten wieder; derselbe klagt über heftige Schmerzen im Kehlkopf. Die laryngoskopische Untersuchung macht grosse Schwierigkeiten, schliesslich aber sieht E. eine breite Narbe, die das rechte Stimm- und Taschenband einnimmt. Pat. stirbt Anfang Februar 1899 an Lungen- und Darmtuberculose. Die Section zeigt im Kehlkopf die Spuren früherer ausgedehnter Tuberculose in Gestalt fester Narben.

LEFFERTS.

148) **P. S. Donnellan. Einige Punkte aus Diagnose und Therapie der Kehlkopftuberculose. (Some points in the diagnosis and treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Philadelphia Monthly Med. Journal. November 1899. Journ. of the Americ. Med. Association. 25. November 1899.*

Bezüglich der Differentialdiagnose zwischen Kehlkopftuberculose und Lupus sagt Verf., dass bei letzterem der Schmerz kein so hervorstechendes Symptom, das Oedem geringer ist, Geschwüre nur selten vorhanden sind und der Tuberkelbacill im Sputum fehlt, während andererseits auf der Haut und speciell im Gesicht Lupus vorhanden ist. (Und der primäre Kehlkopflupus ohne begleitende Hauterscheinungen, der doch ganz fraglos vorkommt? Ref.)

Mit Formaldehyd und Paramonochlorphenol erzielte Verf. eine Reinigung der tuberculösen Geschwüre, aber keine Verheilung; diese erfolgte erst bei späterer Anwendung von Milchsäure. Orthoform-Insufflationen wirkten schmerzlindernd.

EMIL MAYER.

149) **Castex. Die sclerogene Methode bei Kehlkopftuberculose. (La méthode sclérogène dans la tuberculose laryngée.)** *Bullet. de laryngol. Juni 1899.*

Die sclerogene Behandlungsmethode mit Chlorzink ist nach C.'s Ansicht bei Larynxtuberculose nicht nur nicht gefährlich, sondern nützlich. Sie erscheint besonders angezeigt, wenn der Zustand der Lungen noch ein relativ guter ist (1. Periode) und die Kehlkopfläsion in circumscripter Infiltration besteht.

E. J. MOURE.

150) **Freudenthal. Menthol und Orthoform bei Kehlkopftuberculose. (Menthol and orthoform in laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Journal. 11. November 1899.*

F. empfiehlt zur Linderung der Schmerzen folgende Mischung:



Menthol. 9,0
Orthoform. 11,0
Ol. amygdal. dulc. 27,0
Vitellum ovorum 2,0
Aqu. destill. ad 1500,0.

Fauces und Glottis werden zuerst mit Cocain anästhetisirt; dann wird die Emulsion eingepinselt. Der Effect soll grösser sein, als wenn man Orthoform allein benutzt.

LEFFERTS.

151) **Castex. Chronische Kehlkopfphthise. (Chronic laryngeal phthisis.)** *N. Y. Medical Record. 25. November 1899.*

Zur Linderung dysphagischer Beschwerden empfiehlt C.:

Cocain. muriat. 2,0
Morphin. hydrochlor. 1,0
Antipyrin. 1,0
Glycerin. neutral. 60,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll in $^{1}/_{2}$ Glas destillirtem Wasser als Gurgelwasser oder Spray vor der Mahlzeit.

Wird das Schlucken ganz unmöglich, so empfiehlt Verf. neben Nährklystieren von Ei, Milch, Rhum oder Pepton in Bouillon:

Kreosot. 2,0
Salol. 2,0
Jodoform. 0,05
Ol. olivarum 200,0.

M. D. S. Zur rectalen Injection.

LEFFERTS.

152) **Mendel** (Paris). **Die Behandlung der Bronchial- und Lungenerkrankungen, speciell der Tuberculose durch intratracheale Injectionen flüchtiger Oele. (Traitement des affections broncho-pulmonaires et en particulier de la tuberculose par les injections intra-tracheales d'huiles volatiles.)** *Académie de Médecine. 20. Juni 1899.*

Die von M. gewählten Substanzen sind Thymianessenz, Eucalyptusöl und Zimmtöl; er giebt sie zusammen in sterilisirtem Olivenöl gelöst, und zwar von jedem 5 gr auf 100 ccm. In geeigneten Fällen fügt er Bromoform (0,05 pCt.), Jodoform (5 pCt.), Guajacol (5 pCt.) oder Menthol (2,5 pCt.) hinzu.

Die intratracheale Injection ist leicht zu machen; sie ruft weder einen Reflex noch Husten hervor, da die Trachealschleimhaut sehr tolerant ist.

M. applicirt täglich eine Injection von 9 ccm in 3 Spritzen hintereinander. Er erzielte mit dieser Behandlung bei Tuberculösen Verschwinden des Hustens und Auswurfs, Wiederkehren des Schlafes, des Appetits und der Kräfte, Zunahme an Gewicht und schnelles Austrocknen der Bronchien und Cavernen.

PAUL RAUGÉ.



f. Schilddrüse.

153) A. G. Servoss. **Klinische Anwendung des Thyroidextracts. (Clinical use of thyroid extract.)** *Merck's Archives. November 1899.*

Bei Basedow'scher Krankheit nutzt Thyroidextract nichts. Bei einfachem Kropf aber ist die Wirkung dieses Mittels eine wunderbare. Ueber die Dosirung des Extracts, die Art der Darreichung etc. spricht Verf. nicht. EMIL MAYER.

154) Redact Notiz. **Gegenbehandlung während der Darreichung von Schilddrüsenextract. (Collateral treatment during the administration of thyroid extract.)** *The Therapeutic Gazette. 15. September 1899.*

Als Gegenmittel gegen die Thyroidvergiftung ist mit grossem Erfolge Arsen gegeben worden. Die Herzpalpitationen, die man nach Thyroidextract sah, werden durch diese Gegenbehandlung verringert, ohne dass die anderen günstigen Effecte der Schilddrüsensubstanz behindert werden. EMIL MAYER.

155) Charles R. Dickson. **Beobachtungen über die Beziehung des Uterus zur Schilddrüse. (Observations on the relation of the uterus to the thyroid gland.)** *American Journal of Surgery and Gynecology. October 1899.*

Bei Behandlung von Erkrankungen der Schilddrüse soll stets der Zustand der Genitalorgane in Rechnung gezogen und eventuelle Affectionen derselben behandelt werden. Vor dem Pubertätsalter, während der Menstruation und Schwangerschaft sind eingreifende Maassnahmen an der Schilddrüse überhaupt zu unterlassen. Das Climacterium verdient besondere Aufmerksamkeit. EMIL MAYER.

156) Frederick C. Schaefer. **Kropf. (Goitre.)** *Journal of the Americ. Med. Association. 25. November 1899.*

Verf. bespricht die Anatomie der Schilddrüse, sowie die Pathologie und Therapie des Kropfes. Der ganze Artikel ist in chirurgischem Sinne geschrieben. EMIL MAYER.

157) Albert L. Bouffleur. **Die Behandlung des Kropfes. (The treatment of goitre.)** *Atlanta Medicine. November 1899.*

Thyroid-Extract und Jod in intraparenchymatösen Injectionen ist zu versuchen; hilft dies nicht, so soll frühzeitig operirt werden. Bei Basedow'scher Krankheit hat die innere Behandlung des Kropfes meist keinen Erfolg, während die chirurgischen Maassnahmen die besten Resultate geben. EMIL MAYER.

158) Francis J. Shepherd. **Einige Bemerkungen über die Symptome der Bronchocele und die Resultate ihrer operativen Behandlung. (Some remarks on the symptoms of bronchocele and the results of operative treatment.)** *Annals of Surgery. November 1899.*

Der Vortheil der Enucleationsmethode in geeigneten Fällen liegt in der Einfachheit der Technik, weiter darin, dass man kein Myxoedem riskirt und schliesslich, dass der Recurrens nicht verletzt werden kann. EMIL MAYER.

159) **Robinson. Zur Natur der Basedow'schen Krankheit. (The nature of exophthalmic goitre.)**

R. hält die Basedow'sche Krankheit für eine Form von Hysterie. Die Neurose führt zur Hyperaction der Thyroidea, welche von histologischen Veränderungen gefolgt ist und sich in der Thyroidvergiftung äussert. LEFFERTS.

160) **J. Donath. Beiträge zur Pathologie und Therapie der Basedow'schen Krankheit.** Aus der II. Univers.-Klinik des Rochushospitals in Budapest. — *Zeitschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1899.*

Im normalen Harne oder in dem von Basedowikern kommt entweder gar kein Jod vor, oder dessen Menge liegt jedenfalls unter der nachweisbaren Grenze. Dasselbe gilt für die Einnahme von Jodothyrin.

In einem Falle erzielte die doppelseitige Resection des Sympathicus eine wesentliche Besserung. A. ROSENBERG.

161) **R. Cox. Basedow'sche Krankheit mit Erfolg behandelt. (Exophthalmic goitre successfully treated.)** *Maritime Med. News (Halifax N. S.). September 1899. Philadelphia Medical Journal. 14. October 1899.*

Die Patientin lag mehrere Wochen zu Bett; sie bekam salicylsaures Wismuth und Salol, intestinale Antiseptica (Calomel) und Irrigationen. Sie besserte sich langsam und ist jetzt so gut wie geheilt. Der Verf. schreibt diesen Erfolg dem Gebrauch der intestinalen Antiseptica zu. EMIL MAYER

162) **Pitres. Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Treatment of exophthalmic goitre.)** *Merck's Archiv. October 1899.*

Injectionen von Jodoformäther werden empfohlen. EMIL MAYER.

163) **Tschirbek. Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Treatment of exophthalmic goitre.)** *Merck's Archiv. October 1899.*

Verf. behandelt die Tachycardie mit Jod und Bromkali, ferner Fowler'scher Lösung und warmen Bädern zur Nacht. EMIL MAYER.

164) **Paulesco. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. October 1899.*

Es werden zur Nacht 2 Pulver von je 1,0 gr Chinin in $^1/_4$stündlichem Intervall gereicht. Diese sollen die Tachycardie herabsetzen und den Kropf und Exophthalmus verringern. EMIL MAYER.

165) **Vetlesen. Gegen Basedow'sche Krankheit. (For exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. News. 28. October 1899.*

Aus der Ueberzeugung, dass Mineralsäuren als Tonicum auf die vasomotorischen Nerven wirken, hat Verf. dieselben als Mittel gegen die Basedow'sche Krankheit versucht und er berichtet über vortreffliche Erfolge in einer Reihe von Fällen. V. verordnet 10 Tropfen verdünnte Schwefelsäure 3mal täglich. LEFFERTS.

166) **Boisvert. Thymusextract bei Basedow'scher Krankheit. (Extract of thymus gland in Graves' disease.)** *Philad. Med. Journal. 4. November 1899.*

Der Patient erhielt pro Tag 1,0 bis 1,66 gr Kalbsthymus-Extract. Nach

wenigen Tagen war eine Besserung zu verzeichnen und innerhalb 3 Monaten war vollständige Heilung erzielt.

EMIL MAYER.

167) **E. Ponfick. Myxoedem und Hypophysis.** Aus dem patholog. Institut zu Breslau. — *Zeitschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1899.*

In einem Falle von Myxoedem fand P. die Thyreoidea nicht durch interstitielle Entzündung, sondern durch Atrophie erheblich verkleinert. Die Hypophysis zeigte eine bis zum fast vollständigen Verschwinden der specifischen Bestandtheile fortgeschrittene Verödung des drüsigen Antheils bei unversehrtem Erhaltenbleiben ihres faserig-nervösen.

Der Process, der sich in dem Hirnanhange abspielt, stimmt in nicht wenigen histologischen Punkten, jedenfalls aber in dem Endergebniss mit dem an der Schilddrüse bei Myxoedem überein.

Konnte P. früher einen Parallelismus dieser beiden Organe in physiologischer Beziehung feststellen, so gelang ihm später auch der Nachweis auch auf dem Gebiete der Pathologie. Die Hypophysis hat die Fähigkeit zu colloider Umwandlung der Follikelepithelien und zur Ablagerung mächtiger Klumpen dieser Substanz im Lumen der Alveolen.

In dem mitgetheilten Falle von Myxoedem scheint der Process in der Hypophysis seinen Anfang genommen zu haben.

A. ROSENBERG.

168) **Ratjen** (Hamburg). **Myxoedema idiopathicum.** Festschrift zur Feier des 80jährigen Stiftungsfestes des ärztl. Vereins zu Hamburg. Leipzig 1896. S.-A.

Verfasser beschreibt eingehend die Symptomatologie eines von ihm beobachteten Myxödemfalls, der durch Darreichung von Burroughs, Wellcome und Co.'s Schilddrüsentabletten geheilt wurde und zwar genügten 100 Tabletten à 0,3 gr, davon täglich 2 Stück genommen, um einen ganz erheblichen Rückgang der Erkrankung herbeizuführen.

Anschliessend giebt Verf. eine Uebersicht über die bis 1886 in der Deutschen Literatur beschriebenen Fälle von Myxödem, um schliesslich noch einige andere Indicationen für die Darreichung der Schilddrüsentabletten zu besprechen (Adipositas, Morbus Basedowii, Struma simplex, Psoriasis, Acromegalie, Lepra und Lupus), sowie auf einige durch Schilddrüsenmedication verursachte unangenehme Symptome hinzuweisen.

REIMERS (ZARNIKO).

g. Oesophagus.

169) **David Riesman. Ein Fall von Typhus mit Ulceration des Oesophagus und complicirender croupöser Pneumonie. (A case of thyphoid fever with ulceration of the oesophagus and complicated with croupous pneumonia.)** *Transactions Patholog. Society of Philadelphia. Juli 1899. Philad. Medical Journal. 23. September 1899.*

Demonstration der Präparate. Verf. hält das Vorkommniss für häufiger als man nach der geringen darüber vorhandenen Literatur glauben sollte.

EMIL MAYER.



170) **J. E. Summers jr. Oesophagusstrictur als Complication und Folge von Typhus. (Stricture of the esophagus as a complication and sequel of typhoid fever.)** *Philad. Medical Journal. 28. October 1899.*

Krankengeschichte eines Falles, der durch die Abbe'sche Operation geheilt wurde.

EMIL MAYER.

171) **George Ben Johnston. Gastrotomie wegen traumatischer Oesophagusstrictur. (Gastrotomy for traumatic stricture of the oesephagus.)** *The Med. Register. October 1899.*

Von rein chirurgischem Interesse.

EMIL MAYER.

172) **W. T. Mayo. Oesophagusstrictur. (Stricture of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 7. October 1899.*

M. formulirt folgende Sätze: 1. Eine systematische Sondirung soll 2 bis 4 Wochen nach dem Verschlucken des Aetzmittels begonnen werden. 2. Ist das Trauma schwer, so verringert man durch unmittelbare Gastrotomie die Infectionsgefahr und beschleunigt die Vernarbung; die Sondirung wird, wie sonst, ausgeführt. 3. Nichterweiterbare Stricturen in der Nachbarschaft des Ringknorpels sollen durch äussere Oesophagotomie gespalten werden. 4. Stricturen oberhalb des Aortenbogens kann man sicher durchschneiden durch eine Combination von innerer und äusserer Oesophagotomie. 5. Feste thoracale Stricturen werden am besten nach Ochs' Methode dilatirt und, wenn nöthig, mit Abbe's Säge gespalten. 6. Impermeable Stricturen müssen mit retrograder Dilatation behandelt werden. 7. Eine dilatirte Strictur soll Jahre lang oder das ganze Leben hindurch gelegentlich wieder sondirt werden.

LEFFERTS.

173) **Phocas. Fremdkörper in der Speiseröhre bei Kindern. (Foreign bodies in child's oesophagus.)** *Journ. Americ. Med. Assoc. 28. October 1899.*

P. empfiehlt den Kirmisson'schen Haken zur Extraction von Münzen und berichtet über einen Fall, in dem er eine Münze, die seit 5 Tagen in der Höhe des 4. Dorsalwirbels festgekeilt war, beim ersten Versuch ohne jede Mühe herausholte.

EMIL MAYER.

174) **G. G. Eitel Oesophagotomie zur Extraction einer seit 6 Jahren 4 Monaten eingeklemmten Zahnplatte. (Esophagotomy for the extraction of an impacted tooth-plate of six years and four months standing.)** *The New Albany Medical Herald. October 1899.*

Von rein chirurgischem Interesse.

EMIL MAYER.

175) **Gordon King. Die Oesophagoscopie und ihre Anwendung in zwei Fällen. (Oesophagoscopie and its application in two cases.)** *New Orleans Medical Journal. October 1899.*

Im ersten Falle wurde eine Oesophagusstenose mit dem Oesophagoscop diagnosticirt. Im zweiten glaubte man, dass eine Nadel in der Speiseröhre stecke: man fand dieselbe aber nicht; am 3. Tage kam sie im Stuhl zum Vorschein.

EMIL MAYER.



III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Jahrbuch für Hals, Nase und Ohr.** Nase und Hals herausgegeben von **G. P. Head,** M. D. (Chicago). Das Ohr herausgegeben von **Albert H. Andrews,** M. D. (Chicago). Verlag der Chicago Medical Book Company. 1900.

Der Versuch, die Literatur des vergangenen Jahres aus 170 Journalen zu extrahiren und in kurzer Uebersicht in einem Bande zusammen zu stellen, ist ausserordentlich gelungen. Die grosse Arbeit, die in diesem Bande steckt und die nur gründliche Kenner der laryngo-rhinologischen Literatur voll zu würdigen verstehen, ist mit Geschick und Gründlichkeit geleistet. Die Idee des Jahrbuches bedarf keiner besonderen Empfehlung: Vieles, was das kleine Buch enthält, würde ohne dasselbe in der übergrossen Masse der Literatur verloren gehen. Die Sprache ist knapp und verständlich. Die Literaturangaben geben sowohl die Quelle, der das Referat entnommen ist, als auch das Original an. Ein ausführlicher Index bildet den Schluss.

Die vorstehenden Zeilen beziehen sich natürlich nur auf den Hals- und Nasenband; eine Besprechung der Ohrenkrankheiten liegt ausserhalb des Rahmens dieses Blattes. Emil Mayer.

---

b) **Nasen- und Halskrankheiten** von **J. Price Brown** (Toronto). F. A. Davis Company Publishers Philadelphia Pennsylvania U. S. A. 1900. 471 pp.

Das vorliegende Buch ist für den ärztlichen Praktiker bestimmt und darf deshalb nicht der Kritik unterzogen werden, mit der wir an ein spezialistisches Lehrbuch herantreten. Wo Auslassungen zu verzeichnen sind oder ein Abschnitt ungeeignet kurz behandelt ist, darf angenommen werden, dass der Autor mit einer gewissen Selbstlosigkeit hinter dem Zweck seines Buches zurücktritt. Trotzdem möchten wir die Bemerkung nicht unterdrücken, dass es zweckmässiger gewesen wäre. die verschiedenen anatomischen Abschnitte ganz fortzulassen und auf die vorhandenen Lehrbücher der Anatomie zu verweisen, als sie in so cursorischer Weise, wie es geschehen, zu behandeln.

Dem Studium der Schädel mit Deviation des knöchernen Septums z. B. sind mehrere Seiten gewidmet, obschon der Arzt diesen Zustand im Allgemeinen kennt und kaum je berufen ist, ihn selbst zu behandeln; zwei schön colorirte Abbildungen sind der Beschreibung beigegeben.

Auf der andern Seite ist die Syphilis des Rachens auf knapp 4 Seiten und ohne jede Abbildung abgehandelt.

Die Behandlungsmethoden des Verfassers erscheinen im Allgemeinen etwas veraltet.

Das Kapitel über die Erkrankungen der Highmorshöhlen ist wohl das beste des ganzen Buches.

Die Ausstattung des Werkes ist eine vortreffliche. Die Illustrationen, namentlich die nach Lennox Browne, sind vorzüglich ausgeführt. Die Register sind von grosser Vollständigkeit.

Emil Mayer.

---

c) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 7. April 1899.

Vorsitzender: Anthony Bowlby, F. R. C. S.

C. A. Parker: Pachydermia laryngis.

Es handelt sich um einen typischen Fall dieser Erkrankung. Nachdem die gewöhnlichen Mittel die Schwellung nicht hatten beseitigen können, griff Verf. zur Electrolyse. Auch die Zange wurde angewendet und die Schwellung wurde fast gänzlich beseitigt. Jetzt, nach zwei Jahren ist der Zustand durchaus befriedigend.

St. Clair Thomson: Parese des rechten Stimmbandes.

Der Fall ist interessant wegen des wechselnden Verhaltens des Larynx. Pat. klagt über Heiserkeit, die sich vor 4 Monaten nach einer Influenza eingestellt hat. Als er zum ersten Male untersucht wurde, fand sich eine Parese beider Interni vor. Später trat eine unwesentliche rechtsseitige Abductorenlähmung ein. Nach Anwendung entsprechender Mittel besserte sich der Zustand. Dann kam ein Recidiv und jetzt wiederum eine rapide Besserung, so dass augenblicklich nur noch eine Parese des rechten Stimmbandes zu constatiren ist.

Der Vorsitzende sah bei einem 48jährigen Mann 3 Monate nach einer Influenza eine doppelseitige Abductorenparese mit Dyspnoe. Dieselbe ging allmälig ohne jede besondere Behandlung zurück.

Tilley: Grosse Schilddrüsencyste.

Dieselbe hatte einen Umfang von $10^1/_2$ Zoll und sass im linken Lappen. Sie wurde wegen Dyspnoe entfernt.

de Santi: Präparat einer lange Zeit bestehenden Bronchocele, die bösartig wurde und einen Druck auf Oesophagus und Trachea ausübte.

Der Fall betrifft eine 60jährige Frau, die seit 20 Jahren an einer fibrösen Bronchocele litt. Wegen Dyspnoe wurde ein grosser Theil entfernt und für mehrere Monate eine Besserung erzielt. 8 Monate später aber trat wiederum hochgradige Dyspnoe ein, so dass eine weitere Partie abgetragen werden musste. Wenige Wochen später ging die Pat. an Herzlähmung zu Grunde. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Geschwulst zwar einen gutartigen Charakter hatte; in den mediastinalen Drüsen aber war eine beginnende carcinomatöse Degeneration zu constatiren. Verf. meint, dass es keineswegs ungewöhnlich ist, eine seit langem bestehende Bronchocele bösartig degeneriren zu sehen.

Auch der Vorsitzende hält es für ein gewöhnliches Vorkommniss, dass man in früher vergrösserten Drüsen eine bösartige Umwandlung findet.

Tilley fragt, ob die maligne Erkrankung nicht vom Nebenschilddrüsengewebe ausgegangen sei, was, wie Horsley nachwies, öfters der Fall ist.

Der Vorsitzende erwiedert, dass seine Erfahrung hiermit nicht übereinstimmt. Er hat die maligne Erkrankung in der Schilddrüse selbst ihren Ursprung nehmen sehen.

Sir Felix Semon constatirte in mehreren Fällen den Ursprung des malignen Processes in der Schilddrüse selbst, nachdem ein gewöhnlicher Kropf 20 Jahre und darüber unverändert bestanden hatte.

de Santi: Epitheliom der rechten Tonsille mit Uebergreifen auf Zunge und Cervicaldrüsen.

Es handelt sich um einen inoperablen Fall von etwa 14 monatlicher Dauer.

Der Vorsitzende schliesst sich den Anschauungen des Redners über den vorgestellten Fall an.

Furniss Potter: Schwellung der Regio interarytenoidea.

Patient, ein Sänger, zeigt neben allgemeiner hypertrophischer Laryngitis, eine erhebliche Schwellung der genannten Gegend. Keine Tuberculose. In der sich anschliessenden Discussion wird der Wunsch geäussert, den Ausdruck „Geschwulst“ nur für wirkliche Neoplasmen zu gebrauchen.

Watson Williams: Lupus der Nase und des Pharynx.

Nach einer vorangegangenen Verletzung der Nase hat sich bei dem jungen Manne allmälig eine ausgedehnte Zerstörung des knorpeligen und knöchernen Gerüstes der Nase entwickelt. Anamnestisch ist keine Tuberculose nachweisbar; auch Lues wird negirt. Der knorpelige Theil des Septums fehlt jetzt ganz, jedoch lässt sich eine Necrose des knöchernen Theiles nicht nachweisen. Die untere Nasenmuschel und das Septum scheinen lupös infiltrirt zu sein. Der weiche Gaumen ist theilweise zerstört und die Uvula zeigt lupöse Knötchen. Weder Jodkali noch Queksilber haben das Fortschreiten der Erkrankung aufgehalten. Auch die Milchsäure-Behandlung brachte keine Besserung zu Wege. Nach einem zweiten schweren Insult hat sich eine Depression des Nasenrückens ausgebildet.

Der Vorsitzende glaubt, dass es sich doch um Syphilis handelt.

William Hill schliesst sich dieser Meinung an und lenkt die Aufmerksamkeit auf eine interarytenoideale Ulceration.

St. Clair Thomson empfiehlt die diagnostische Anwendung von Tuberculin, bevor man zu activen chirurgischen Maassnahmen seine Zuflucht nimmt.

W. H. Kelson: Diagnostisch zweifelhafter Fall von Erkrankung des Larynx.

15 jähriges Mädchen mit Narben am Halse, die von Drüsenerkrankung herrühren, hat eine interstitielle Keratitis gehabt und leidet jetzt an Taubheit und Verlust der Stimme. Die laryngoskopische Untersuchung ergab, dass röthliche



Tumoren, die anscheinend von den Ventrikeln ihren Ursprung nahmen, das Besichtigung der beiden Stimmbänder unmöglich machten. Die Geschwülste waren theils glatt, theils warzig. Nach einer 3monatlichen mercuriellen Behandlung und theilweisen Entfernung der Gewächse ist jetzt das rechte Stimmband wieder sichtbar und die Stimme besser. Das linke Stimmhand bewegt sich nicht frei.

Sir Felix Semon diagnosticirt eine syphilitische Perichondritis mit Fixation und Subluxation des Aryknorpels.

Spencer und Bowlby stimmen dieser Meinung zu. Letzterer stellt fest, dass eine so complete Wiederherstellung, wie die des rechten Stimmbandes in diesem Falle, gewöhnlich nicht zu Stande kommt.

Arthur Cheatle: Polypöse Geschwulst, ausgehend von der rechten Fossa supratonsillaris.

Vorstellung des Falles, der eine 21jährige Frau betrifft.

Donelan: Alte syphilitische Erkrankung der Nase bei einer 36jährigen Frau.

Der Fall zeichnet sich durch weitgehende syphilitische Zerstörungsprocesse aus. Ein Krankheitsherd am Nasenflügel hatte das Aussehen einer tuberculösen Affection und trotzte der antiluetischen Behandlung.

Sir Felix Semon empfiehlt die Tuberculinprobe.

Lambert Lack: Miliartuberculose des Schlundes.

Die 26jährige Frau mit beiderseitiger Spitzentuberculose zeigt im Pharynx und den anliegenden Theilen eine grosse Anzahl kleiner, circulärer, oberflächlicher Ulcerationen auf aschgrauer, unebener Basis.

Der Vorsitzende hat einen ähnlichen Fall beobachtet, der durch rapide Ausdehnung der Erkrankung jäh zum Tode führte.

Tilley konnte ebenfalls über einen solchen Fall berichten. Der Patient, ein 65jähriger Mann, litt an unerträglichen dysphagischen Beschwerden, welche durch Orthoform gemildert wurden.

Sir Felix Semon äussert sich über den beträchtlichen Werth des Orthoforms als Anästheticum bei tuberculöser Dysphagie, wenn Ulcerationen zugegen sind. In Fällen dagegen, bei denen die Oberfläche intact war, fand er es nutzlos.

St. Clair Thomson konnte die Dysphagie nach Tonsillotomie durch Orthoform nicht beseitigen.

Lack hat gefunden, dass man durch Orthoform die neuralgischen Schmerzen, wie sie gelegentlich durch die Tamponade der Wunden des Antrum und Warzenfortsatzes hervorgerufen werden, zu verhüten vermag.

Lambert Lack: Lymphosarcom (?) der Tonsille.

Der Fall betrifft einen 46jährigen Mann, der seit 6 Jahren an einer Halsschwellung leidet. Vor Kurzem begann die Schwellung an Umfang zuzunehmen. Die linke Tonsille ist gross und derb, die Cervicaldrüsen zu beiden Seiten des Halses sind geschwollen. Die linke Seite der Zunge ist gelähmt und atrophisch.

Der Vorsitzende stimmt mit der Diagnose Lymphosarcom überein. Es kommt öfters vor, dass diese Tumoren nach Jahren des Stillstandes ein lebhaftes Wachsthum entfalten.

Spencer neigt eher der Diagnose Carcinom zu.

Fitzgerald Powell: Schleimcyste auf der Membrana thyrohyoidea.

Die erst seit kurzem sich entwickelnde Cyste war taubeneigross, bedeckte den linken Flügel des Schildknorpels und reichte nach oben bis zum Zungenbein.

Der Vorsitzende schliesst aus der lateralen Lage der Geschwulst, dass dieselbe wahrscheinlich nicht eine Schleimcyste darstellt, sondern durch Entwicklung des mittleren Lappens der Schilddrüse entstanden ist. Der Tumor sollte total entfernt oder aber sich selbst überlassen werden.

Fitzgerald Powell: Ulcerationen im Larynx.

Ein Fall von ausgedehnter Hypertrophie und Ulceration im Larynx ohne besondere Anhaltspunkte für Tuberculose oder Syphilis.

Tilley, der eine tuberculöse Affection vermuthet, empfiehlt eine 14tägige Messung der Abendtemperaturen. Dieses Verfahren unterstützt bisweilen die Diagnose in Fällen, in denen noch keine physikalischen Veränderungen nachgewiesen werden können.

Tilley: Perverse Action der Stimmbänder.

Es handelt sich um eine 23jährige nervöse Person, bei welcher eine jede Inspiration von einem Stridor begleitet ist. Während der Inspiration werden die Stimmbänder adducirt. Nach Einführung eines Pinsels in die Glottis war die Patientin von diesem Symptom geheilt.

Sitzung vom 5. Mai 1899.

Vorsitzender: F. de Havilland Hall.

Discussion über Asthma in seiner Beziehung zu Erkrankungen der oberen Luftwege.

Nach einigen einleitenden Worten des Vorsitzenden eröffnet Percy Kidd die Discussion. Er will sich auf die Erörterung derjenigen Asthmafälle beschränken, welche als Bronchialasthma beschrieben werden, eine Erkrankung, die oft mit Niesen, Hypersecretion und Verstopfung der Nasenwege vergesellschaftet ist. Ob das Bronchialasthma die unmittelbare Folge eines Krampfes der Bronchialmuskeln oder die einer Dilatation der Blutgefässe ist, ist noch unentschieden. Die Phänomene des Heufiebers und Heuasthmas sprechen aber zu Gunsten der letzteren Hypothese. Es ist Kidd nicht möglich, die von Bosworth ausgesprochene Meinung zu theilen und er kann nicht zugeben, dass die nasalen Symptome, welche im Verein mit Bronchialasthma auftreten, unbedingt zu diesen in causaler Beziehung stehen müssen. Man hat bis jetzt in der Nase Asthmakranker keine

charakteristischen Veränderungen aufzufinden vermocht, und die verschiedenen Abnormitäten der Nasenschleimhaut, welche beschrieben wurden, kommen auch bei zahllosen Patienten zur Beobachtung, die niemals an Asthma litten. In der Regel hat man in der Nase Asthmakranker keine greifbaren Veränderungen constatirt. Für die causalen Beziehungen würde am evidentesten die Beseitigung des Asthmas durch intranasale Eingriffe sprechen. Die Fälle jedoch, in denen man durch solche Operationen eine merkliche Besserung erzielt hat, sind recht spärlich und wo die Heilung eintrat, da war sie gewöhnlich temporär und unvollständig. Heilungen wurden auch erzielt durch comprimirte Luftbäder, allerlei Droguen und dergleichen mehr. Wahrscheinlich spielte hierbei das psychische Moment eine grosse Rolle. Verf. beobachtete zwei oder drei Fälle, in denen er durch Beseitigung von Polypen Heilung erzielte, aber er kennt keinen Fall, von dem er mit Sicherheit hätte behaupten können, dass das Asthma durch eine Muschelhypertrophie, eine Unebenheit oder Schwellung des Septums verursacht worden war. Eben so wenig hat Verf. Fälle gesehen, in denen Adenoide zugegen waren oder überempfindliche Stellen in der Nase entdeckt werden konnten. Man darf nicht vergessen, dass, wo die nasalen Störungen durch Einathmen reizender Substanzen auftraten, das sie begleitende Asthma eben so gut durch den directen Reiz der Bronchialschleimhaut bedingt werden konnte. Diejenigen Fälle von Heuasthma, in denen die Anfälle während des Winters persistirten, während die nasalen Symptome zurücktreten, zeigen, wie wichtig das neurotische Element, auch abgesehen von der Existenz des Reizes, für die Nasenwege ist.

Mc. Bride beginnt mit der Feststellung, dass es abnorme Zustände der Nase sind, die am häufigsten Asthma verursachen. Die gewöhnliche Form des Nasenasthma ist die mit Heufieber und ähnlichen Erscheinungen auftretende. In einer sehr grossen Anzahl dieser Fälle ist die Nase normal, ausgenommen die Zeit während der Anfälle. Redner hält das Asthma für einen Reflexvorgang, welcher durch den Reiz einer überempfindlichen Nasenschleimhaut ausgelöst wird. Eine etwas seltenere Form von Asthma ist mit Nasenpolypen vergesellschaftet. Oefters schien es, als ob kleine bewegliche Polypen mehr Neigung haben, Asthma vorzubringen als grosse. In anderen Fällen waren Hypertrophien und Deformitäten am Septum vorhanden, die zwar keine ernstere Nasenverstopfung verursachten, deren chirurgische Behandlung aber doch bisweilen die Heilung herbeiführte. So vermag auch die Anwendung des Cauters bei Asthmakranken gute Resultate zu geben, obschon die Nase keine nennenswerthen Abnormitäten aufwies. Bei nicht wenigen Patienten finden sich überempfindliche Flecken, deren Reizung Husten erzeugt und deren galvanocautische Behandlung eine merkliche Besserung zu Wege bringt. Das Vorhandensein solcher „Hustenflecke“ indicirt einen nasalen Eingriff. Selbst die Cauterisation einer ganz normalen Nasenschleimhaut vermag ein gutes Resultat zu erzeugen, indem sie als ein Gegenreiz auf das hypothetische Asthmacentrum wirkt. Die Prognose des Asthma nasale bleibt jedoch stets zweifelhaft. Redner sah einen Knaben, der durch Beseitigung von Adenoiden vom Asthma geheilt wurde, aber er kann sich sonst keines einzigen Falles entsinnen, in welchem andere Läsionen der oberen Luftwege, als solche in der Nase, die Asthmaanfälle verschuldet hätten. Individuelle Prädispositionen dürfen nie

ausser Acht gelassen werden und in allen Fällen müssen neben der nasalen Behandlung die üblichen Medicamente und Maassnahmen angeordnet werden.

Thorowgood hat viele Asthmakranke mit Adenoiden gesehen; nach Entfernung derselben trat einmal fast complete Heilung, bei anderen Patienten erhebliche Besserung ein. Er ist davon überzeugt, dass in der Nase Flecken existiren, deren Reizung bei Prädisponirten einen Asthmaanfall auslöst. Die unmittelbare Ursache des Asthmas ist, wie Redner glaubt, eine Zusammenziehung der Gefässe; daher giebt er Chloral als ein vasodilatatorisches Mittel.

Waggett ist der Ansicht, dass die Annahme einer wirklichen causalen Beziehung zwischen spasmodischem Asthma und Nasenerkrankung höchst selten auf einer streng logischen Basis ruht. Er hat viele Fälle gesehen, in denen diese Beziehung auf den ersten Blick evident zu sein schien, aber nur in einem Falle konnte dieselbe mit einer gewissen Sicherheit bewiesen werden. Hier handelte es sich um eine diffuse Neurose mit Sensationen im Hals und in den Ohren, die mit Bronchialasthma zusammen auftraten und einer prolongirten medicamentösen Behandlung trotzten, während sie einer intranasalen bald wichen. Dreimal nach einander erfolgte eine mehrere Monate dauernde Besserung nach Entfernung einer Spina und später nach Beseitigung einer Knochenbrücke, welche sich nach der ersten Operation gebildet hatte. Aber selbst hier war es schwer zu zeigen, dass diese Wiederkehr des Asthmas mit der Knochenbildung zusammenhing. (Im Dezember 1899 constatirte Ref., dass das Asthma ohne jede Knochenneubildung wieder aufgetreten ist. Die Nase war durchaus normal.) Da man das Asthma nasale als eine alltägliche Erscheinung angesprochen hat, bittet Redn. die Versammlung, die Gelegenheit zu benutzen zur Sammlung statistischer Daten.

Mac Intyre weist darauf hin, dass es schwierig ist, eine Statistik aufzustellen, insofern als wir vielfach nur die Patienten wieder zu Gesicht bekommen, bei denen die Behandlung erfolglos geblieben ist, während diejenigen, welche geheilt wurden, nicht so leicht weiter zu beobachten sind. Er entsinnt sich nur weniger Fälle, auf die der Ausdruck „geheilt“ passen würde. Im Allgemeinen ist er geneigt, eher das Wort „gebessert“ anzuwenden. Die chirurgischen Eingriffe müssen jedenfalls zur Zeit noch als Experiment angesehen werden und bezüglich der Prognose lässt sich gegenwärtig noch durchaus kein definitives Urtheil formulieren. Ein Studium der Thätigkeit des Diaphragmas beim Asthma ist geeignet, einiges Licht über die Pathologie dieses Leidens zu verbreiten. Redn. ist damit beschäftigt, diese Verhältnisse unter Zuhilfenahme der Röntgenstrahlen näher zu untersuchen.

Herbert Tilley glaubt, dass nur eine Minderzahl von Fällen sich für die chirurgische Behandlung der Nase eignet. In seiner Praxis hat er in Fällen von inveterirtem Asthma von dieser Behandlung keinen Erfolg gesehen. Einmal wurde durch Exstirpation der Adenoiden und der hypertrophischen Muscheln zwar die nasale Verstopfung beseitigt, allein die Asthmaanfälle überdauerten diesen Eingriff, während sie durch Jodkali, Strammonium und Arsenik coupirt wurden.

Zur Zerstörung der sog. hyperästhetischen Flecken in der Nase zieht Verf. Acidum trichloraceticum dem Galvanokauter vor. Die Fälle von sogen. Asthma

mit adenoiden Vegetationen werden oft durch die Operation schnell zur Heilung gebracht.

Scanes Spicer wendet ein, dass das Wort „Experiment" für klinisch-therapeutische Massnahmen gebraucht, leicht dazu führen kann, beim Publicum Misstrauen zu erwecken. Was den Ausdruck „normale Nase" betrifft, so muss daran erinnert werden, dass eine den Tag über scheinbar normale Nase durch Turgescenz während des Liegens im Bett zuweilen verstopft werde; eine solche könne eine Quelle von Beschwerden abgeben und dürfe nicht als gesund angesehen werden. Wie weit die Spinen und sonstige obstruirende Processe der Nase chirurgisch angegriffen werden sollen, hängt davon ab, ob sie durch ihre Grösse und Lage die eigentlichen Functionen des Organs stören. In vielen Fällen hatte Redn. durch nasale Behandlung positive und gute Resultate. Einige Patienten gaben an, geheilt zu sein, die Mehrzahl wies erhebliche Besserung auf. Redn.'s Fälle gehörten nicht zur Klasse der eingewurzelten veralteten Asthmaerkrankungen, wie sie von den praktischen Aerzten öfter beobachtet werden, sondern eher in die Reihe der weniger bestimmt umgrenzten Fälle von spasmodischer Dyspnoe, bei denen andere Störungen — und zwar gewöhnlich nasale — ebenso prominent waren, wie der asthmatische Zustand.

Watson Williams hat nach Entfernung der polypoiden Schleimhaut der mittleren Nasenmuschel in einem Fall Asthma und paroxysmales Niesen heilen sehen. Da er an die Theorie der Contraction der kleinen Bronchien glaubt (welche durch die Thatsache gestützt ist, dass die Dyspnoe exspiratorischer, nicht aber inspiratorischer Natur ist), so nimmt er an, dass zwischen den oberen und unteren Luftwegen eine innige pathologische Beziehung besteht, ebenso wie beider normale Bewegungen eng zusammenhängen (Beweis: die Thätigkeit der Nasenflügel).

In seinen eigenen Fällen brachte die Entfernung von Polypen und deutlich hypertrophischen Nasenmuscheln recht oft eine mehr oder weniger prolongirte Besserung oder sogar vollständige Beseitigung der Asthmaanfälle zu stande. Er hält es jedoch für wahrscheinlich, dass die krankhaften nasalen Veränderungen, welche er so oft im Verein mit Asthma fand, häufiger die Folge als die Ursache des Asthma gewesen sind. Nichtsdestoweniger unterstützt die intranasale Behandlung oft die übrigen therapeutischen Massnahmen.

Theodore Williams erlebte in einem Falle nach Beseitigung von Polypen volle Heilung des Asthma. Von grossem Nutzen ist das Jodkali (3mal täglich 0,4—0,6) mit Strammonium oder Belladonna. Da wo diese Mittel versagen erreicht man oft durch comprimirte Luftbäder eine Besserung.

W. Permewan hält das Wort „geheilt" für einen nicht correcten Ausdruck. In der Mehrzahl der Fälle war die Besserung recht erheblich. Die intranasale Behandlung leistet unverkennbare Dienste.

Sir Felix Semon fragt, wie lange diese anhalten.

Permewan entgegnet: Solange bis sich die Nothwendigkeit herausstellt für weitere intranasale Behandlung. Die häufigste nasale Complication gaben die

Polypen ab. In der Ueberzeugung aber, dass das Asthma nasalen Ursprungs ist, hält er die Behandlung der Nase auch dann für gerechtfertigt, wenn er objectiv in derselben nichts auffinden kann. Welches auch die wissenschaftlichen Ansichten bezüglich des Verhältnisses von Ursache und Wirkung hier sein mögen, das eine kann sicherlich keinem Zweifel unterliegen, dass die nasale Behandlung vom praktischen Gesichtspunkt aus angezeigt ist.

Dundas Grant hat wiederholt gesehen, dass der Act der intranasalen Behandlung für einige Zeit den Zustand verschlimmert, schliesslich aber doch zur Heilung führt. Er konnte eine beträchtliche Anzahl von Fällen beobachten, in denen das Bronchialasthma nach einer nasalen Behandlung total verschwand; dies ist um so natürlicher, als man bedenken muss, dass nur eine bestimmte Klasse von Patienten dazu kommt, einen Nasenspecialisten zu consultiren. Nichtsdestoweniger ist stets eine Allgemeinbehandlung nothwendig. Ein werthvolles Hilfsmittel bei Gichtkranken hat er im Natrium salicylicum gefunden.

Nach Application des Galvanocauters wendet Redn. Acidum trichloraceticum an. Antipyrin in 4proc. Lösung ist sehr nützlich als Spray; vorher wird Eucain angewandt. Ein Spray von Glycerin-Nebennierenextract erwies sich oft als werthvoll zur Verringerung der Turgescenz der Nasenschleimhaut.

Clifford Beale entsinnt sich eines Falles, in dem fast das ganze Naseninnere von Zeit zu Zeit chirurgisch behandelt wurde, das Asthma aber regelmässig nach einer temporären Heilung wiederkehrte. Oft ist die Ursache des Asthmas im Herzen zu suchen und er erinnert sich an 4 Fälle, in denen die blosse Ruhe das Asthma beseitigte. Einer jeden chirurgischen Intervention sollte der sichere Nachweis vorangehen, dass die Quelle für die Reizung in der Nase liegt.

William Hill glaubt, dass in mehr als der Hälfte aller Fälle, in denen Asthma mit Erkrankungen der Nase vergesellschaftet ist, durch nasale Behandlung ein erheblicher Grad von Heilung zugesichert werden kann. Nur halbe chirurgische Maassnahmen aber sind schlimmer als gar keine, da sie nicht bloss ohne Wirkung sind, sondern auch diesen Zweig der Chirurgie in Misscredit bringen. Alle chirurgischen Maassnahmen bei Asthmatikern sollten deshalb sehr gründlich ausgeführt werden.

Sir Felix Semon giebt einen kurzen historischen Rückblick auf die ganze Frage, und verweist auf die Fälle, in denen nach Abtragung von Nasenpolypen Heilung oder Besserung eingetreten ist mit dem Wiedererscheinen der Polypen aber das Leiden von neuem sich einstellte. Diese Fälle bewiesen ganz evident, dass das Asthma von der Nase aus ausgelöst werden kann. Vollkommen deutlich war dieser Zusammenhang aber nur in seinen Polypenfällen, doch selbst in diesen Fällen wurde, wenn das Asthma lange bestanden hatte, nur äusserst selten ein befriedigendes Resultat erzielt. Redn. war niemals im Stande durch intranasale Reizung einen Asthmaanfall auszulösen und nur einmal sah er einen paroxysmalen Husten auftreten. In prognostischer Hinsicht sind die Schwierigkeiten sehr gross. Bedenkt man die enorme Anzahl von Fällen, welche seit Hack's Publication chirurgisch in der Nase behandelt wurden, so ist die spärliche Zahl der Fälle bemerkenswerth, in

denen selbst die wärmsten Verfechter jener Methode eine Heilung oder langdauernde Besserung erzielt haben! Solche Fälle, bei denen man überhaupt kein Resultat erhält, werden im Allgemeinen nicht publicirt. Nach seiner Erfahrung sind das die am häufigsten vorkommenden. Er theilt die Fälle in 3 Gruppen ein:

a) In solche, bei denen der Erfolg ein dauernder ist — ein verschwindend geringer Procentsatz.

b) In Fälle, bei denen temporäre Besserung erfolgt — ein relativ grosser Procentsatz.

c) In solche, bei denen gar kein Erfolg zu verzeichnen ist — ein sehr grosser Procentsatz. —

Zu welcher dieser 3 Gruppen im gegebenen Falle ein Patient zählen wird. lässt sich unmöglich vorher bestimmen. Deshalb schiebt Redn. gewöhnlich dem Pat. selbst die Entscheidung zu, indem er ihm sagt, dass die nasale Behandlung zwar gerechtfertigt, aber nur ein Versuch („experimental") sei.

St. Clair Thomson will Semon's 3 Gruppen noch eine vierte hinzugesetzt wissen, nämlich die, welche durch die intranasale Therapie mehr oder weniger erheblich geschädigt wird. Er hat nicht wenige Patienten gesehen, welche vergeblich sich bemühten, ihre zerstörte Nasenschleimhaut wieder zu bekommen.

Lambert Lack hält die unzweifelhaft häufige Beziehung zwischen Asthma und Nasenerkrankung nicht für einen einfachen Reflexvorgang. Er hat noch nie einen Fall angetroffen, bei dem die Berührung mit der Sonde genügt hatte, einen asthmatischen Anfall auszulösen, während doch Husten auf diese Weise recht häufig hervorzubringen ist. In einem Falle von alter Gicht und Asthma sah Redn. das letztere nach Entfernung von Adenoiden 18 Monate fortbleiben. Nach $1^1/_2$ Jahren traten neue Asthmaanfälle auf und die Untersuchung ergab, dass die Adenoiden recidivirt waren. Eine zweite Operation hatte dauernde Heilung des Asthmas zur Folge.

Der Vorsitzende nimmt zwischen den vorgebrachten extremen Anschauungen eine mittlere Stellung ein. In einem wesentlichen Theile der Fälle wird seiner Meinung nach durch intranasale Eingriffe beträchtliche und dauernde Besserung erzielt. Er entsinnt sich eines Falles, in dem die Pat. nach Entfernung von Nasenpolypen jetzt bereits seit Jahr und Tag von ihren Asthmaanfällen frei geblieben ist.

Percy Kidd hält es für rathsam, bei objectiv wahrnehmbarer Erkrankung in der Nase diese zu behandeln, die Unsicherheit dieser Behandlung dem Patienten aber stets vorher klar zu machen.

Mc. Bride hält die mitgetheilten Fälle von Asthma mit Adenoiden nicht für einwandsfrei, indem die Athemenge durch locale Ursachen bedingt zu sein scheint. Einen echten Fall dieser Art hat er selbst in seinem Vortrag erwähnt.

Asthma kann eben so wenig wie Epilepsie als „geheilt" betrachtet werden, so lange der Patient lebt. Er selbst hat eine ganze Reihe von Fällen beobachtet,

in denen die locale Behandlung grossen Nutzen brachte. Einen Anfall nach Sondirung der Nase hat er nie gesehen.

Bezüglich der Bemerkung Lack's über die mögliche Reizung eines Asthmacentrums erinnert er an die Versuche von Lazarus und Sandmann, in denen die Reizung der Nase einen Krampf der Bronchien auslöste, welcher nach Durchschneidung der Vagi aufhörte. Ernest Waggett.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Die durch Versetzung des Prof. O. Chiari in das Allgemeine Krankenhaus erledigte Stelle eines Vorstandes der laryngologischen Abtheilung an der Wiener Allgemeinen Poliklinik ist dem Docenten Dr. Johann Koschier übertragen worden.

Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

Resolution der Amerikanischen laryngologischen Vereinigung.

Der Secretär der Amerikanischen laryngologischen Vereinigung, Dr. James E. Newcomb, theilt uns officiell mit, dass bei der vom 1.—3. Mai dieses Jahres in Washington abgehaltenen Sitzung der Vereinigung die einstimmige Ansicht der Versammlung dahin abgegeben worden sei, dass bei künftigen Veranlassungen die Trennung der beiden Sectionen für Laryngologie und Otologie eine volle und complete sein solle.

Programm und Tagesordnung der Section für Rhinologie und Laryngologie des XIII. Internationalen Medicinischen Congresses.

Paris, 2.—9. August 1900.

(Abgeschlossen am 14. Juni 1900.)

Programme des Fêtes qui seront offertes à MM. les Membres du XIII. Congrès International de Medecine.

2. Août, jour de l'ouverture du Congrès, fête offerte le soir par M. le Président du Conseil au nom du Gouvernement de la République.

3. Août, fête, le soir, sur invitation, offerte par M. le Président du Congrès.

5. Août, réception des Membres du Congrès, le soir, par M. le Président de la République au Palais de l'Elysée.

8. Août, fête, le soir, dans le Palais du Sénat et le jardin du Luxembourg, offerte aux Membres du Congrès par le Bureau et les Comités d'Organisation du Congrès.

Une fête sera demandée au Conseil Municipal de Paris.

En outre des fêtes particulières seront organisées dans la plupart des Sections.

Pour toutes ces fêtes seront invitées les femmes, filles et soeurs de MM. les Membres du Congrès.

Un Comité des Dames est organisé pour la réception des femmes, filles et soeurs de MM. les Membres du Congrès.

Faculté de Droit. — Amphithéâtre No. 3. (Rue St. Jacques V. Arrondissement.)

Comité d'organisation de la section.

Président: M. Gouguenheim, 73 Boulevard Haussmann.
Secrétaire: M. Lermoyez, 20bis rue La Boétie.
Membres: MM. Cartaz, de Paris, Chatellier, de Paris, Garel, de Lyon, Luc, de Paris, Martin, de Paris, Moura, de Paris, Moure, de Bordeaux, Poyet, de Paris, Ruault, de Paris.

Ordre du jour.

1. Séance. Vendredi, 3. Août 1900, de 9 h. à midi.

Rapports: Diagnostic du cancer du larynx. Par Prof. B. Fraenkel, de Berlin, Prof. M. Schmidt, de Francfort.

Communications: Prof. Navratil, de Budapest: Traitement du sclérome des voies respiratoires.

Hellat, de St. Pétersbourg: Ueber ein pathognomisches Symptom der condylomatösen Syphilis der oberen Luftwege. (Sur un symptome pathognomonique de la syphilis des voies aériennes supérieures.)

Jobson Horne, de Londres: The larynx considered as a site of primary infection in tuberculosis and other diseases. (Le larynx considéré comme le siège de l'infection primitive dans la tuberculose et les autres maladies.)

2. Séance. Vendredi, 3 Août, de 2 h. à 5 h.

Communications: Prof. V. Cozzolino, de Naples: La tuberculosi della laringe in rapporto col sanatorio d'altitudine e marittimo. (La tuberculose du larynx en rapport avec le sanatorium d'altitude et maritime.)

R. Botey, de Barcelone: Pathogénie et traitement de la paresthésie du larynx.

L. Vacher, d'Orléans: Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose laryngée.

Lenhardt, du Hâvre: La dysphagie dans la tuberculose laryngée.

S. Bernheim, de Paris: La tuberculose primitive du larynx.

Escat, de Toulouse: Manoeuvres externes appliquées aux tubages difficiles.

M. Boulay, de Paris et J. Boulaï, de Rennes: Rétrécissement laryngé traité par l'électrolyse chez un malade porteur d'une canule trachéale depuis 16 ans. Décanulement.

3. Séance. Samedi, 4. Août, de 9 h. à midi.

Rapports: Pathogénie et traitement de l'ethmoidite suppurée. Par M. Hajek, de Vienne, T. H. Bosworth, de New-York.

Communications: Prof. Onodi, de Budapest: Contribution à l'étude des sinus de la face avec présentation de pièces.

H. Luc, de Paris: Du catarrhe douloureux à répétition du sinus frontal.

Captas, de Constantinople: Contribution à l'opération radicale des sinusites compliquées chroniques.

4. Séance. Samedi, 4. Août, de 2 h. à 5 h.

Communications: K. Kasparianty, de Moscou: Sur le diagnostic de l'empyème du sinus maxillaire par palpation, et la méthode endo-nasale de l'opération du sinus maxillaire (méthode de l'auteur).

G. Laurens, de Paris: La chirurgie des sinus de la face dans ses rapports avec la chirurgie orbitaire.

Suarez de Mendoza, de Paris: Emploi méthodique des fraises, trépans, sues, forèts, brosses (en usage en chirurgie dentaire) actionnés par le tour de White on par le moteur électrique dans la chirurgie des fosses nasales et des sinus de la face.

L. Vacher, d'Orléans: Contribution à l'étude du traitement des sinusites maxillaire et ethmoidales.

Lovemberg, de Paris: Pseudo-ozène à sarcines.

J. Cousteau, de Paris: Emphysème pulmonaire par insuffisance nasale expérimentale.

5. Séance. Lundi, 6. Août, de 9 h. à midi.

Rapports: Indications, technique et résultats de la thyrotomie. Par Sir Felix Semon, de Londres, Schmiegelow, de Copenhague, Goris, de Bruxelles.

Communications: Gouguenheim, de Paris et Lombard, de Paris: Indications opératoires dans le cancer du larynx.

Prof. Gluck, de Berlin: La chirurgie moderne du larynx.

A. Courtade, de Paris: Traitement palliatif du cancer de la trachée et du larynx; emploi de la sonde en caoutchouc comme canule trachéale.

6. Séance. Mardi, 7. Août, de 9 h. à midi.

Rapports: Rhinites spasmodiques et leurs conséquences. Par Prof. Masini, de Gènes, Alexandre Jacobson, de St. Petersbourg.

Communications: Lermoyez, de Paris, et Mahu, de Paris: Nouvelle méthode de traitement des affections nasales et naso-pharyngiennes par les applications d'air chaud.

Mounier, de Paris: Du rôle prépondérant de l'auto-intoxication dans le coryza périodique et apériodique. Déductions thérapeutiques 11 observations.

Suarez de Mendoza, de Paris: Un cas de vertige nasal du à l'étivitesse congénitale des fosses nasales, guéri par l'ablation bilatérale d'un copeau de cloison épaissie.

7. Séance. Mardi, 7. Août, de 2 h. à 5 h.

Communications: Moure, de Bordeaux: Traitement des déviations de la cloison du nez par un nouveau procédé.

Baratoux, de Paris: Traitement des malformations congénitales et acquises du nez.

Texier, de Nantes et Bar, de Nice: Quelques observations du tuberculose nasale.

Dessaux, d'Angers: Hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur simulant une tumeur maligne du nez.

E. Doyen, de Paris: L'extirpation rapide des polypes naso-pharyngiens.

M. Scheier, de Berlin: Ueber den Blutbefund bei Hypertrophie der Rachenmandel. (De l'examen du sang dans l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée.)



R. Botey, de Barcelone: Fausses hémoptysies d'origine naso-pharyngienne.

P. Lacroix, de Paris: Traitement de la pharyngite nasale chronique par les vapeurs médicamenteuses.

C. Savoire, de Paris: Du traitement des pharyngites chroniques.

8. Séance. Mercredi, 8. Août, de 9 h. à midi.

Rapports: Les nodules vocaux. Par Prof. Chiari, de Vienne, Prof. Krause, de Berlin, Capart, de Bruxelles.

Communications: J. Garel, de Lyon et Bernard, de Lyon: La laryngite nodulaire.

Clarence C. Rice, de New-York: The peculiar laryngeal affections seen only in singers and public speakers and their reasonable treatment. (Les affections du larynx spéciales aux chanteurs, aux orateurs, et leur traitement rationnel.)

Moura, de Paris: Timbre de la voix.

Escat, de Toulouse: Des arthrites laryngées.

9. Séance. Mercredi, 8. Août, de 2 h. à 5 h.

Communications: J. Mount-Bleyer, de New-York: Voice pictures on the wonders of sound and force. Their production. Their photography. (Images vocales des merveilles du son et de la force. Leur production, leur photographie.)

Prof. Breitung, de Cobourg: Ueber phonographische Stimmprüfung. (L'épreuve phonographique de la voix.)

Lermoyez, de Paris: Le larynx des hémiplégiques.

Hellat, de St. Pétersbourg: Salivatio psychica. (Salivation psychique.)

C. Chauveau, de Paris: Paralysie hystérique de la corde vocale gauche avec parésie concomitante du sterno-mastoidien et du trapèze du même côté; anesthésie du voile du palais: troubles de la déglutition et hypersécrétion.

10. et dernière séance. Jeudi, 9. Août, de 9 h. à midi.

Rapports: Anosmie et son traitement. Par Prof. Heymann, de Berlin, Prof. Onodi, de Budapest.

Communications: Hellat, de St. Pétersbourg: Tonsillitis streptothricia, seu streptomycosis tonsillarum. (Amygdalite due au streptothria.)

C. Chauveau, de Paris: Un cas de leucocythémie amygdalienne.

R. Botey, de Barcelone: Du pôle supérieur de l'amygdale et de la fenêtre supra-tonsillaire comme cause des péri-amygdalites phlegmoneuses. Extirpation de la moitié supérieure de l'amygdale comme traitement efficace préventif.

Moura, de Paris: Présentation du bocalrhine et de l'inhaleur Moura.

Mahu, de Paris: Présentation d'instruments.

R. Botey, de Barcelone: Présentation d'instruments; canules à trachéotomie: couteaux annulaires; pinces et anses galvaniques pour la séparation de l'entrésinté supérieure de l'amygdale.

Suarez de Mendoza, de Paris: Présentation d'instruments.

A. Courtade, de Paris: Présentation d'instruments.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, August. 1900. No. 8.

I. Referate.

a. Obere Luftwege, Allgemeines etc.

1) **Redact. Notiz. Erkältungen. (Colds.)** *Journal American Medical Associat. 4. November 1899.*

Eine Reihe von Verordnungen für die nasalen und laryngealen Erscheinungen bei Erkältungen. EMIL MAYER.

2) **George H. Thompson. Einige Bemerkungen über Catarrh. (Some remarks on catarrh.)** *Vermont Medical Monthly. September 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes. EMIL MAYER.

3) **W. Scheppegrell. Die Wichtigkeit der frühen Erkennung und Behandlung catarrhalischer Erkrankungen. (The importance of the early recognition and treatment of catarrhal diseases.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. September 1899.*

S. führt aus, wie nöthig es für den ärztlichen Praktiker ist, die Katarrhe der oberen Luftwege früh zu erkennen und zu behandeln. EMIL MAYER.

4) **A. S. Barnes. Rasche Methode zur Heilung von Erkältung. (Quick method to cure a cold in the head.)** *Interstate Med. Journal. October 1899. N. Y. Med. Journal. 2. December 1899.*

B. sorgt durch ein heisses Bad und Pilocarpin für starken Schweiss und giebt $^3/_4$ Std. später 0,0006 g Atropin. Ausserdem 2stündl. 1 Kapsel nach folgendem Recept: Rp. Phenacetin 1,08
Salol 2,16
Coffein. citric. 0,24
M. Div. in Capsul. XII.

(Diese heroische Methode bezeichnet der Verf. als ganz sicher! Ref.)

EMIL MAYER.



5) W. J. Brokau. **Die rationelle Behandlung catarrhalischer Zustände mit den sinusoidalen und anderen electrischen Strömen. (The rational treatment of catarrhal conditions with the sinusoidal and other electric currents.)** *Cleveland Journal of Medicine. October 1899.*

B. empfiehlt den Gebrauch der verschiedenen elektrischen Ströme bei hypertrophischen und atrophischen Processen und berichtet über seine ausserordentlich günstigen Resultate. Einen Fall von Adenoiden heilte er durch diese Methode nach 1jähriger Behandlung. EMIL MAYER.

6) Rosa Engelmann. **Membranöse Tonsillitis und Pharyngitis bei Influenza. (Membranous tonsillitis and pharyngitis of influenza.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. August 1899.*

Verf. legt die Nothwendigkeit sowohl der frühen, wie der späten culturellen Prüfung der Membranen dar. EMIL MAYER.

7) E. Feindel und P. Froussard. **Roseolen in einem Falle von Influenza. (Rose spots in a case of influenza.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Nov. 1899.*

Der Fall war typhusverdächtig und das Erscheinen der Roseola steigerte die diagnostischen Schwierigkeiten. Nach dem ganzen Verlauf entschieden sich die Verff. aber doch für die Diagnose Influenza, um so mehr, als zwei Agglutinationsproben, die eine während der Höhe der Krankheit, die andere in der Reconvalescenz vorgenommen, negativ ausfielen. LEFFERTS.

8) Mabel J. Austin. **Endocarditis und Influenzabacillus. (Endocarditis and bacillus influenzae.)** *Bulletin of the John Hopkins Hospital. October 1899. N. Y. Med. News. 16. December 1899.*

A. wies in 3 letalen Fällen von Influenza auf dem Endocard einen Bacillus nach, der morphologisch durchaus die Züge des Influenzabacillus trägt; die Züchtung gelang leider nicht, so dass die Identität nicht absolut erwiesen ist. LEFFERTS.

9) Chaveau. **Influenza und Adenoidgeschwülste des Nasenrachenraums. (Influenza and post-nasal adenoids.)** *N. Y. Med. Journal. 11. November 1899.*

Mit ihren vielen Gefahren, Complicationen und Folgeerkrankungen ist die Influenza eine der peinlichsten Infectionskrankheiten. Um so mehr ist der einzige Nutzen hervorzuheben, den sie bisweilen bringt, d. i. das schnelle Verschwinden adenoider Wucherungen nach Influenza. Ch. berichtet über mehrere derartige Beobachtungen. LEFFERTS.

10) Nil Filatow. **Protrahirte und chronische Formen von Influenza. (The protracted and chronic forms of influenza.)** *N. Y. Medical Record. 25. November 1899.*

Verf. beschreibt gewisse Formen von Influenza, die 6 Wochen bis 3 Monate und länger dauern. Dieselben greifen die befallenen Personen ausserordentlich an, trotzdem das Fieber gewöhnlich nicht hoch ist. Das Krankheitsbild ist dem der Malaria ähnlich, indem das Fieber meist zu bestimmten Stunden des Tages eintritt. Anfangs ist auch an Typhus zu denken, später an Miliartuberculose. Die

mangelnde Widal'sche Reaction, der Verlauf, das Fehlen von Tuberkelbacillen, von Malariaplasmodien u. s. w. führen schliesslich zur Diagnose. LEFFERTS.

11) **Goldschmidt** (Reichenhall). **Asthma.** München 1898.

Verf. sucht das wesentliche Kennzeichen des Asthma im Athemtypus. Er stellt 4 Formen auf: Asthma epilepticum, bronchiale, chronicum, permanens. Durch eine neue Hypothese erklärt er das Asthma als einen Kampf zwischen forcirter Exspiration mit reactiver Inspiration. Dabei wirken die Asthmakrystalle als reizende Fremdkörper, während die Rolle der Curschmann'schen Spiralen noch unklar ist. Für die Entstehung des Einzelanfalls giebt es keine plausible Theorie.

Neu ist auch der Hinweis auf das Verhalten des Asthmatikers gegen Fieber, welches stets ein Verschwinden des Asthmas zur Folge haben soll, sowie auf den Umstand, dass Verf. niemals Cyanose während des Anfalles sah, trotz ausgeprägten subjectiven Erstickungsgefühls. SALOMON (ZARNIKO).

12) **Floret. Asthma. (Asthma.)** *N. Y. Medical Record. 25. November 1899.*

Heroin. hydrochl. 0,1
Aq. amygdal. amar. 20,0
M. D. S. 15—20 Tropfen z. n.

oder:

Heroin. 0,15
Extr. Gentianae 2,0
Pulv. Glycyrrh. 9,5
Fts. pil. No. XXX. S. 1 Pille z. n. LEFFERTS.

13) **Fred. A. Packard. Urticaria der Schleimhäute, speciell in Verbindung mit Asthma. (Urticaria of the mucous membrane, especially in connection with asthma.)** *Archives Pediatrics. October 1899.*

In 2 Fällen, die er selbst beobachtet hat, und in 34 Fällen, die er der Literatur entnimmt, constatirt Verf. einen engen Zusammenhang zwischen Urticaria der äusseren Haut und Symptomen seitens der Athemwege. EMIL MAYER.

14) **Riegel. Ueber die Behandlung des asthmatischen Anfalles.** *Münch. med. Wochenschr. No. 40. 1899.*

R. empfiehlt, um die Erregbarkeit des Vagus herabzusetzen, subcutane Atropininjectionen, welche in vielen Fällen den Anfall sofort coupiren. SCHECH.

15) **Winckler** (Bremen). **Ueber Gewerbekrankheiten der oberen Luftwege.** *Bresgen's Sammlung. Bd. II. Heft 1.*

Ehe man von eigentlicher Berufskrankheit spricht, ist zu prüfen, wie weit andere Verhältnisse in Betracht kommen, z. B. früher vorhandene Verdickung des drüsigen Rachenringes, mangelhafte Hautpflege und Ernährung, ungleichmässige Muskelarbeit, Erkältungen, Wohnungsverhältnisse. Sieht man von diesen Verhältnissen ab, so sind die Gewerbekrankheiten der oberen Luftwege der Einwirkung schädlicher Stoffe zur Last zu legen. Diese kommen zur Einwirkuug meist in Gas- oder Staubform. Verf. bespricht unter eingehender Schilderung der ein-

zelnen Betriebe und der Krankheitserscheinungen die gasförmigen Verbindungen des Arsens, Schwefels, Phosphors, Quecksilbers, Sublimats, der Salpetersäure, des Ammoniaks, einzelner Chlorverbindungen, sowie solche des Jods, Broms, Selens, Fluorwasserstoffes, einzelner organischer Säuren. Dieselben rufen theils schwere Allgemeinerscheinungen, theils örtliche Krankheiten der Luftwege hervor. Ebenso kommen in einzelnen Gewerben complicirte chemische Verbindungen schädlicher Natur vor, wie z. B. die aus dem Aethyl-Alkohol entstehenden Amylverbindungen.

In Staubform kommen in Betracht die verschiedensten Stoffe aus dem Mineralreich (alle möglichen Erze, Ziegel, Kalk, Cement etc.), Pflanzenstoffe (Getreide, Mehl, Baumwolle). Bei der Verarbeitung thierischer Stoffe liegt die Gefahr der Uebertragung bacillärer Krankheiten durch den Staub nahe, und ebenso sind die in einzelnen Betrieben vorgekommenen Erkrankungen durch Schimmelstaub zu erwähnen.

SALOMON (ZARNIKO).

16) **Fink** (Hamburg). **Die Wirkungen der Syphilis in den oberen Luftwegen und ihre örtlichen Erscheinungen.** *Bresgen's Samml. Bd. II. Heft 2 u. 3.*

Nach kurzem historischen Rückblick bespricht Verf. zuerst die Symptome des Primäraffects der Nase, des Rachens und Kehlkopfes und danach, in gleicher Reihenfolge geordnet, die secundären und tertiären luetischen Affectionen des genannten Gebiets. Eine gesonderte Besprechung erfahren die Stimmbandlähmungen syphilitischen Ursprungs. Den Schluss der Abhandlungen bildet die Erörterung der Therapie.

REIMERS (ZARNIKO).

17) **Eugene S. Yonge. Bemerkungen über die Syphilis der oberen Luftwege. (Some remarks on syphilis of the upper air passages.)** *Medical Brief. November 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

18) **Th. S. Flatau. Hysterie und ihre Beziehungen zu den oberen Luftwegen und zum Ohr. (Hysteria and its relations to the upper air-tract and the ear.)** *Laryngoscope. November 1899.*

Eine Zusammenstellung aller hysterischen Affectionen dieser Theile.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **Jacob. Missbildung der Nasenscheidewand beim Fötus. (Malformation de la cloison nasale chez le foetus.)** *Société anatomique. 1. December 1899.*

Man hat bisher das Vorkommen von Septumverbiegungen beim Fötus geleugnet. J. legt Präparate vor, die das Vorkommen derselben erweisen. Dieselben scheinen mit dem Vorhandensein des Jacobson'schen Organs in Zusammenhang zu stehen.

PAUL RAUGÉ.

20) **Thos. J. Harris. Ein Fall von Necrose des Septums mit excessiver Krustenbildung. (A case of necrosing of the septum with excessive crusting.)** *Laryngoscope. August 1899.*

Die Ueberschrift besagt das Wesentliche. EMIL MAYER.

21) **Eiler** (Beerfelden). **Sarcom der Nasenscheidewand.** Dissertat. Würzburg. 1899.

In dem ersten Falle (31jährige Frau) fehlten die für Sarkom charakteristischen Blutungen vollkommen, es hätte dem Aussehen nach die Geschwulst für eine tuberculöse gehalten werden können, doch fehlten die auf der Oberfläche eingestreuten miliaren Knötchen und der Nachweis von tuberculösen Granulationen, Riesenzellen, Tuberkelbacillen. Operation des als Rundzellensarkom sich erweisenden Tumors, aber nach 6 Wochen Recidiv. Im zweiten Falle (35jähr. Dienstknecht) konnte nur ein Stückchen zur histologischen Untersuchung (kleinzelliges Rundzellensarkom) entnommen werden. Operation verweigert. SEIFERT.

22) **Jonathan Wright. Bemerkungen zur Pathologie der Nasenscheidewand. (Remarks on the pathology of the nasal septum.)** *Brooklyn Medical Journal. October 1899.*

Verf. bespricht die Verbiegungen und Spinen; er bezeichnet sie als pathologische Zustände, als Folge der aus entzündlichen Processen resultirenden Ueberernährung. Alle sitzen im knorpligen Septum am sogen. Locus Kiesselbachii; sie haben weder mit Ueberentwicklung, noch mit Entwicklungshemmung etwas zu thun, noch auch mit dem hohen Gaumen. EMIL MAYER.

23) **A. Malherbe. Neues Verfahren zur Behandlung von Nasenscheidewandverbiegungen durch Zerstückelung. (Nouveau procédé de traitement des déviations de la cloison nasale par le morcellement.)** *Bullet. de Laryngologie. Juni 1899.*

Das Verfahren ist ausschliesslich für Missbildungen des knorpeligen Septums anwendbar, sowohl für die einfache Verbiegung desselben, wie für die Verdickung und Spinenbildung. Der Verf. rühmt dem Verfahren, das er unter Bromaethylnarkose übt, nach, dass es schmerzlos ist, wenig Blutung verursacht und ebenso schnell, wie einfach ausführbar ist. E. J. MOURE.

24) **Wm. Bayard Shields. Die Verbiegungen der Nasenscheidewand und ihre operative Behandlung. (Deviations of the nasal septum and its operative treatment.)** *Medical Mirror. Juli 1899.*

Ein Artikel voll von Irrthümern und offenbar ohne eigene Erfahrung und schnell geschrieben. EMIL MAYER.

25) **E. Baumgarten** (Budapest). **Das Schleich'sche Verfahren bei der Operation der Septumverbiegungen und Leisten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. H. 3. p. 359. 1899.*

Die Arbeit ist vom Verf. bereits anderweitig publicirt und im Centralblatt (dieser Band, H. 4, S. 174) referirt worden. F. KLEMPERER.

26) **Edwin Pynchon. Ein neuer Nasenmesser für das Septum. (A new nasal septometer.)** *Laryngoscope. December 1899.*

Beschreibung des Instrumentes. EMIL MAYER.

27) **Redact. Notiz. Verbiegungen des knorpligen Septums. (Deviations of the cartilaginous septum.)** *Memphis Med. Monthly. Juli 1899.*

Nach kurzer Erwähnung der verschiedenen Operationsmethoden kommt der Verf. zu dem Schlusse, dass vor allen die Asch'sche Methode den besten Heilerfolg verspricht und allen praktischen Zwecken genügt. Für die einfachen Fälle reicht auch die Bosworth'sche Methode bis zu einem gewissen Grade aus.

EMIL MAYER.

28) **Thomas C. Evans. Verbiegungen des Nasenseptums. (Deflections of the nasal septum.)** *North Carolina Medical Journal. 5. August 1899.*

Verf. führt die Asch'sche Operation aus, deren Erfolge seine kühnsten Erwartungen übertroffen haben. EMIL MAYER.

29) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Zwei Fälle von Deviation der Nasenscheidewand mit Operation. (Two cases of deviation of the septum nasi and operation for their relief.)** *Australasian Med. Journal. 1899.*

Fall 1, ein 23jähriger Mann, dessen linke Nasenseite nahezu verschlossen war. Asch'sche Operation; zuerst mit Nosophengaze tamponirt, später Lake's Gummischienen eingelegt. — Fall 2, ein 16jähr. Knabe, operirt nach Watson: Tamponade mit Nosophengaze. Das Resultat in beiden Fällen sehr befriedigend.

A. J. BRADY.

30) **R. C. Myles. Ein Fall zur Illustration der Gleason'schen Operation bei Nasenscheidewandverbiegung. (A case illustrating the Gleason operation for deflected septum.)** *Laryngoscope. August 1899.*

In dem Falle, den M. vorstellt, hatte der Eingriff nicht ganz 2 Minuten gedauert, und eine Tube war zur Nachbehandlung nicht gebraucht worden. Das Resultat war besser, als wenn eine Tube eingelegt worden wäre. EMIL MAYER.

31) **Hal Foster. Behandlung gebrochener und verbogener Nasenscheidewände. (The treatment of broken and deformed nasal septa.)** *Kansas City Medical Index-Lancet. September 1899.*

Frische Verletzungen heilen am besten, wenn sie sogleich in Behandlung genommen werden. Bei Deviationen ergab dem Verf. die Asch'sche Operation die besten Resultate. EMIL MAYER.

32) **Emil Mayer. Kommen Recidive der Verbiegungen des knorpligen Nasenseptums nach der Asch'schen Operation vor? (Is there recurrence of deviations of the cartilaginous nasal septum after the Asch operation?)** *Medical Mirror. October 1899.*

In über 300 Fällen, die Verf. nach dieser Methode behandelte, sah er einmal ein Recidiv. Er stellt dies fest gegenüber einer Publication von W. B. Shields, der auf Grund von Angaben, die ihm Hajek und Müller (Wien) gemacht haben, behauptet, dass nach Asch'scher Operation Recidive vorkommen.

Autoreferat.



33) **E. B. Gleason. Behandlung der mit traumatischer Deformirung des äusseren knöchernen und knorpligen Nasengerüstes complicirten Septumverbiegung. (Treatment of deflection of the nasal septum complicated by traumatic deformity of the external bony and cartilaginous framework of the nose.)** *Philad. Medical Journal. 3. December 1899.*

G. empfiehlt seine Operationsmethode, über die im Centralblatt bereits referirt.

EMIL MAYER.

34) **G. J. Ross. Verbiegung der Nasenscheidewand. (Deviated nasal septum.)** *Canada Medical Record. December 1899.*

In einer klinischen Vorlesung über die Septumdeviationen bespricht Verf. Operationen von Bosworth, Roe, Watson und Gleason und schliesslich ausführlich die von Asch, mit der er die besten Resultate erzielte. EMIL MAYER.

35) **Otto J. Stein. Rhino-laryngologische Beobachtungen. (Rhino-laryngologic clinic.)** *The Clinical Review. December 1899.*

S. stellt 2 Fälle vor:

1. Eine cystische Hypertrophie des linken Schilddrüsenlappens mit Verdrängung des Larynx und Lähmung der Stimmbänder; infolgedessen Dyspnoe und Aphonie.

Die Geschwulst wurde excidirt: sie wog 135 g. Die Dyspnoe verschwand sofort; die Stimme bessert sich allmälig.

2. Eine Entstellung der Nase bei einem jungen Manne durch Displacirung der Nasenbeine und Deviation des Septums. Es wurde die Asch'sche Operation gemacht, und die Nasenbeine wurden an ihrer Verbindung mit dem Stirnbein gebrochen. Die Nase wurde beiderseits mit steriler Gaze vollgestopft und aussen eine Hartgummischiene angelegt. Das Resultat ist freie Athmung und eine gerade Nase.

EMIL MAYER.

36) **John T. Kyle. Behandlung der Nasenstenose durch Verbiegungen der Scheidewand mit oder ohne Verdickung der convexen Seite. (Treatment of nasal stenosis due to deflections of the nasal septum with or without thickening of the convex side.)** *Journ. Amer. Med. Association und N. Y. Medical Record. 14. October 1899. St. Louis Med. Gazette. 1899.*

Die häufigste Ursache der Verbiegung ist das Trauma. Causale Factoren sind ferner Ulcerationen des Septums oder Entzündungen, wie sie bei Kindern mit congenitaler Syphilis beobachtet werden, und Hypertrophie der Muscheln. Strumöse oder harnsaure Diathese kann zu Perichondritis und späterer Verbiegung prädisponiren. — Von den verschiedenen Operationsmethoden hält Verf. die von Asch für die geeignetste.

LEFFERTS.

37) **Burton S. Booth. Nasenstenose. (Nasal stenosis.)** *N. Y. Med. Journal. 14. October 1899.*

Der Verf., der sich als „Rhinologist, Otologist, Pharyngologist und Laryngologist to the Troy Hospital and to the Leonard Hospital“ bezeichnet, schildert in überaus naiver Weise, dass er alle möglichen Methoden zur Beseitigung von Nasenscheidewandverbindungen probirt habe und alle ohne Erfolg. Auch mit der

Asch'schen Methode erging es ihm nicht besser, bis er in seiner Verzweifelung Asch aufsuchte und nun merkte, dass er die Methode und ihre Technik doch nicht richtig erfasst hatte. Seither hat er besseren Erfolg. In $2^1/_2$ Spalten schildert B. nun seine Operationsmethode, die natürlich neues nicht enthält.

EMIL MAYER.

38) **Charles N. Cox. Einige Bemerkungen über die Diagnose der gewöhnlicheren Formen von Nasenverstopfung. (Some points in the diagnosis of the more common forms of nasal obstruction.)** *Philad. Med Journ. 29. Juli 1899.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

39) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Nasenstenose bei einem Kind mit hereditärer Lues. (Nasal stenosis in a child the subject of inherited syphilis.)** *Australasian Medical Gazette. 20. November 1899.*

Die Narbenstränge, welche die Nasenöffnungen verschlossen, wurden frei gespalten und durch Einlegen von Bernays' antiseptischen Schwämmen offen gehalten. H. erklärt diese Schwämme für viel geeigneter als alle anderen Tampons sowohl für diesen Zweck, wie für die Blutstillung nach Operationen etc.

A. J. BRADY.

40) **T. Price Brown. Ueber den Gebrauch von Hartgummiröhren bei der Nachbehandlung nach intranasalen Operationen. (On the use of rubber splints in the treatment following intra-nasal operations.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1899. Canadian Practitioner and Review. Juli 1899.*

Verf. empfiehlt $^2/_8$ Zoll dicke Gummischienen zum Einlegen in die Nase nach intranasalen Operationen.

EMIL MAYER.

41) **J. Rule Fritts. Verschluss der hinteren Nase mit Bericht über 2 Fälle. (Occlusion of posterior nares with report of two cases.)** *Medical Times. Februar 1899. Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1899. American Journal of Surgery and Gynecology. Juni 1899.*

Bei einem 10jährigen Mädchen bestand ein vollständiger Verschluss der hinteren Nase dadurch, dass das Gaumenbein nach oben und hinten sich fortsetzte bis an das Keilbein. Der zweite ganz ähnliche Fall betraf einen 20jährigen Mann. Beide wurden durch Operation mit dem zahnärztlichen Bohrer geheilt.

EMIL MAYER.

42) **Pluder** (Hamburg). **Congenitales Diaphragma einer Choane und Gesichtsasymmetrie.** Festschrift zur Feier des 80jährigen Stiftungsfestes des ärztlichen Vereins zu Hamburg. Leipzig 1896. S.-A.

Verf. beschreibt ein linksseitiges congenitales knöchernes Diaphragma der Choane, verbunden mit Asymmetrie des Gesichtsschädels, welche sich nicht nur auf die Oberkiefergegend beschränkte. Der Oberkiefer, welcher nur 12 Zähne enthielt (1 Paar Molares fehlte), zeichnete sich aus durch relative Kleinheit und V-Form. Der Gaumen war hochgestellt, und die linke Seite des Gaumengewölbes verlief, statt wie rechts ausgeschweift zu sein, mehr in gerader Ebene. Am Unterkiefer war die linke Bogenhälfte mehr gerade gestreckt, kürzer als die rechte, und

stand der Medianebene näher. Auch der Unterkiefer war im Ganzen klein, und 1 Paar Molares fehlten.

Zur Erklärung dieser Entwicklungsstörung ist auf im Fötalleben einwirkende Momente zurückzugreifen, auf eine Zeit, wo auch die Entstehung des Choanendiaphragmas stattfindet. Beide abnormen Wachsthumsstörungen stehen wahrscheinlich im bestimmten Zusammenhange. SALOMON (ZARNIKO).

43) **Heinrich Haag** (Bern). **Ueber Gesichtsschädelform, Aetiologie und Therapie der angeborenen Choanalatresie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryng. Bd. IX. Heft 1. 1899.*

H. untersuchte 3 Fälle von congenitaler Choanalatresie und fand bei allen drei ausgeprägten Hochstand des Gaumens. Eine tabellarische Zusammenstellung von 50 in der Literatur niedergelegten Fällen von congenitalem Choanalverschluss zeigt aber, dass der Hochstand des Gaumens nicht bei allen Fällen zu finden ist, vielmehr bei 28,6 pCt. ein normaler Gaumen constatirt wurde. Der Hochstand des Gaumens kann also nicht ohne Weiteres als Folgezustand der bestehenden Mundathmung betrachtet werden. H.'s 3 Fälle zeigen zudem ausgesprochenen leptoprosopen Typus, und der Gaumenhochstand erweist sich also lediglich als Theilerscheinung des leptoprosopen Gesichtes.

In einem der H.'schen Fälle besteht eine einseitige Gesichtshyperplasie. Diese kann nicht Folge der Nasenobstruction sein, da in dem Falle beide Choanen in ganz gleicher Weise verschlossen sind. Die Gesichtsasymmetrie ist vielmehr, gleich wie das Choanendiaphragma selbst, auf fötal einwirkende Ursachen zurückzuführen. H. sieht in dem Choanendiaphragma mit Hochstetter die persistirende und im Verlauf der Entwicklung nach hinten gerückte Membrana bucconasalis.

In zwei von H.'s Fällen waren die unteren Muscheln abnorm klein und mit grauer, dünner, höckeriger Schleimhaut bekleidet, so dass die untere Partie der Nasenhöhle trotz der Schmalheit des knöchernen Nasengerüstes auffallend weit erschien.

Das fehlende Geruchsvermögen kehrte nach Eröffnung der Diaphragmen wieder in normaler Weise zurück. Das Gehör war jedesmal normal; die Nasenverstopfung hatte also keinen schädlichen Einfluss auf das Gehörorgan ausgeübt.

Die Operation besteht nach Siebenmann in Durchstossung der Verschlussplatten mit dem Meissel und Entfernung der Fragmente mit dem scharfen Löffel und Sichelmesser, alles unter Schonung der hinteren Rachenwand durch den im Cavum retronasale liegenden Zeigefinger des Operirenden; zweckmässig ist die Resection des hinteren Septumendes, wodurch die lästige und lange dauernde Nachbehandlung durch Bougirung der Perforationsstellen erspart wird.

F. KLEMPERER.

44) **Morf** (Winterthur). **Ueber angeborenen Choanalverschluss.** Separatabdruck aus dem *Archiv f. Laryngologie. Bd. X. Heft 1. Berlin 1899.*

M. kommt bei seinem Fall von einseitigem Choanaldiaphragma genau zu demselben Befund wie die (s. v.) Arbeiten von Grossheintz, Meisser, Haag,

Siebenmann, in welchen bei über $^2/_3$ der gesammten Fälle leptoprosopische Gesichtsschädelformation festgestellt wurde.

Das Diaphragma ist schräg von unten innen nach aussen oben gerichtet, vom mittleren Drittel nach oben zu central membranös. Die Operation wurde mit dem Krause'schen Doppelmeissel, dem Trocart und dem geknöpften Messer ausgeführt. Das Geruchsvermögen stellte sich fast so gut ein, wie es auf der anderen Seite war. Der harte Gaumen war trotz der Einseitigkeit des Choanalverschlusses symmetrisch gebildet, was ebenso wie die Ergebnisse der vorcitirten Arbeiten aus der Siebenmann'schen Klinik die Körner'sche Erklärungsweise der leptoprosopischen Gaumenbildung gänzlich widerlegt. JONQUIERE.

45) **Ullmann** (Greifswald). **Zur Casuistik des angeborenen doppelseitigen Choanenverschlusses.** Dissert. Greifswald 1899.

12jähriges Mädchen aus der Klientel von Strübing, bei welchem es sich um einen beiderseitigen, vollständigen, theils knöchernen, theils häutigen Verschluss der Choanen handelte. Ausserdem lag eine leichte chronische Pharyngitis und Laryngitis mit Lähmung des Interarytaenoideus und geringer rechtsseitiger Adductorenparese vor, ferner beiderseits leichter Mittelohrkatarrh. Die Membran wurde mittelst Metallbougies durchbrochen. SEIFERT.

46) **Crull** (Rostock). **Congenitaler Verschluss der linken Choane.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. 28.*

Schilderung eines Falles, bei dessen Genese vielleicht intrauterine Entzündungen eine Rolle gespielt haben. ZARNIKO.

47) **E. D. Capps. Ein Fall von vollständigem Verschluss der hinteren Nase. (A case of complete occlusion of the posterior nares.)** *Texas Medical News. October 1899.*

Der weiche Gaumen war mit der hinteren Rachenwand und dem Process. basilaris des Hinterhauptbeins verwachsen. Operation. Heilung. EMIL MAYER.

48) **Marcel Lermoyez** (Paris). **Ein Fall von systematischer Abulie. (Sur un cas d'aboulie systematisée.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 20. Januar 1899.*

L. stellt eine junge Person vor, die infolge einer congenitalen Missbildung der Nasenmuscheln von Geburt an unfähig gewesen war, durch die Nase zu athmen. Derselben wurden beide untere Muscheln resecirt und dadurch die Wegsamkeit der Nasenpassage hergestellt. Trotzdem aber fuhr die Pat. fort, ausschliesslich durch den Mund zu athmen. Sie wird cyanotisch und asphyctisch, sobald man ihr die Hand auf den Mund legt oder auch nur so thut, als ob man ihr den Mund verschliessen wollte. Es handelt sich augenscheinlich um ein psychisches Phänomen, eine systematische Abulie. Dass die Person eine Hysterica ist, braucht wohl kaum besonders gesagt zu werden. PAUL RAUGÉ.

49) **John A. Donovan. Kopfschmerz ocularen und nasalen Ursprungs. (Headache especially those of ocular and nasal origin.)** *Medical Sentinel. October 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

50) **Cohen-Kysper** (Hamburg). **Zur Aetiologie und Therapie des Asthmas.** *Münch. med. Wochenschr. No. 49. 1899.*

Vortrag im ärztlichen Verein zu Hamburg, in welchem für das nasale Asthma eine Hyperaesthesie der Athmungsempfindung verantwortlich gemacht wird, die Reflexe werden nicht von den Endausbreitungen des Vagus ausgelöst, sondern von dessen Centrum.

SCHECH.

51) **P. Mc. Bride** (Edinburgh). **Das Asthma und seine Beziehung zu den oberen Luftwegen. (Asthma in relation to the upper air passages.)** *Edinburgh Med. Journal. Juli 1899.*

Verfasser behandelt vorwiegend das nasale Asthma, verweist jedoch kurz auf die mit Läsionen anderer Theile des oberen Respirationstractus einhergehenden Formen. Es wird da zunächst auf das Heufieber hingewiesen, welches bei manchen Personen Asthma zur Folge hat. Als ein weiteres ursächliches Moment werden Nasenpolypen angeführt, wobei Verfasser die Thatsache constatirt, dass seiner Erfahrung gemäss kleine Polypen eher einen Anfall auszulösen vermögen als voluminöse Tumoren. Dieser Umstand ist vielleicht auf die grössere Beweglichkeit des ursächlichen Momentes zurückzuführen, das auf die Schleimhaut einen erhöhten Reiz ausübt. Eine dritte Gruppe von Fällen ist mit hypertrophisch-entzündlichen Zuständen und Deviation des Septum verbunden. Bisweilen ist der Sitz der Erkrankung sehr leicht auffindbar und erklärt die Behinderung der Nasenathmung; andere Male kann die Deviation so unbedeutend sein, dass wir uns schwerlich über das Zustandekommen der pathologischen Erscheinungen einen Begriff zu machen vermögen. Hier erwächst jene grosse Schwierigkeit, zu entscheiden, ob ein chirurgischer Eingriff vorzunehmen ist. Wenn dem Anfall Niesen und Nasenfluss vorangehen, dann ist die Application des Galvanocauters indicirt und zwar deshalb, weil sie die Nervenendigungen zerstört und erectiles Gewebe durch narbiges ersetzt. In einer Reihe von Fällen hat Verfasser in der Nasenschleimhaut Stellen gefunden, die, sobald man sie mit einer Sonde berührte, Hustenanfälle auslösten. Wo solche Reflexerscheinungen bestehen, sollte man sie galvanocaustisch angreifen, da ihr Vorhandensein bei Asthmatikern sicherlich eine intranasale Behandlung indicirt. Selbst in Fällen, in denen keine nasalen oder sonstigen objectiv wahrnehmbaren Symptome nachzuweisen sind, ist es möglich, dass die Anwendung des Cauters sich im Sinne eines Gegenreizes gut bewähren kann. Was nun die Prognose betrifft, so sollte man die Heilung nicht einmal nach operativem Eingriff als sicher in Aussicht stellen, da das Vorhandensein von Asthma oft von einer individuellen Prädisposition abhängen kann.

LOGAN TURNER.

52) **John Dunn. Bemerkungen über Asthma als Symptom von Harnsäure-Collämie. (Remarks upon asthma as a symptom of uric acid collaemia.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 22. September 1899.*

Verf. ist der Ansicht, dass der Harnsäure-Reiz auf die intranasalen Gewebe und die Bronchialschleimhaut eine ganz gewöhnliche Ursache von Asthma ist, das dann natürlich als reflectorisch zu deuten ist, und ferner dass die begleiten-

den Nasenpolypen ebenfalls eine Folge der directen und wiederholten Reizung des Ethmoidalgewebes durch die Harnsäure sind. EMIL MAYER.

53) **Beaman Douglas. Beobachtungen über die Behandlung des Heufiebers. (Observations on the treatment of hay fever.)** *N. Y. Med. Journal. 2. September 1899.*

D. empfiehlt die interne Anwendung von getrockneten Nebennieren; die Wirkung ist nahezu specifisch. LEFFERTS.

54) **Edward W. Wright. Heufieber. (Hay fever.)** *N. Y. Medical Record. 16. September 1899.*

In der Therapie des Heuasthmas haben sich zwei neuere Mittel gut bewährt, das Orthoform und das Suprarenalextract. LEFFERTS.

55) **Molinie. Heufieber, Heuasthma und spasmodische vasomotorische Rhinitis. (Hay fever, hay asthma and spasmodic vasomotor rhinitis.)** *Internation. Med. Magazine. September 1899.*

Die zahlreichen Heilmittel, welche empfohlen werden, zeigen zur Genüge, dass keines in allen Fällen hilft; jeder Fall muss vielmehr speciell studirt werden, jeder folgt seinem eigenen Gesetz. EMIL MAYER.

56) **Müller. Die Behandlung des Heufiebers. (The treatment of hay fever.)** *International Medical Magazine. October 1899.*

M. verordnet: Menthol und Resorcin ana 3,0
Alcohol 14,0. EMIL MAYER.

57) **Clark. Die Radicalbehandlung des Heufiebers. (The radical treatment of hay fever.)** *Charlotte Med. Journal. October 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

58) **King. Die Galvanokaustik in der Behandlung des Heufiebers. (The galvano-cautery in the treatment of hay-fever.)** *Charlotte Medical Journal. October 1899.*

K. erzielte durch die galvanocaustische Behandlung in 3 Fällen Heilung, in einem 4. ausgesprochene Besserung. EMIL MAYER.

59) **John Dunn. Weitere Beobachtungen über Heufieber. (Further observations on hay-fever.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 8. December 1899.*

D. hält das Heufieber und Asthma für die Folge einer Reizung der Schleimhäute der oberen Luftwege durch Harnsäure. Mit dieser Theorie muss die medicamentöse Therapie und die Ernährung in Einklang gebracht werden. EMIL MAYER.

60) **B. J. Wetherby. Heufieber und acuter Schnupfen. (Hay fever and acute coryza.)** *Northwestern Lancet. 1. December 1899.*

Rp. Heroin. 0,06
Atropin. sulfur. 0,003



Coffein. citric. 1,0
Salophen. 5,0
M. div. in part. aequ. No. XV. d. in capsul. gelatin.

Ein erwachsener Pat. braucht nach W.'s Erfahrungen 4 Capseln pro die, um sich erträglich zu fühlen. EMIL MAYER.

61) **Julia W. Carpenter. Der gegenwärtige Stand der Lehre vom Heufieber. (Hay fever. Present status of the disease.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 23. December 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes. EMIL MAYER.

62) **H. Leslie Burrell. Reflexneurosen in Folge von nasaler Verstopfung. (Reflex neuroses from nasal obstruction.)** *Western Medical Review. 15. September 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

63) **A. M. Luzzatto. Beitrag zur Histologie der Rachentonsille. (Contributo alla istologia delle tonsilla faringea ipertrofica.)** *Rivista Veneta d. scienze Mediche. 30. April 1899.*

34 Rachentonsillen wurden auf Mikroorganismen untersucht, 12 mit positivem Erfolg, jedoch fanden sich Kokken und Bacterien stets nur auf der Aussenfläche, niemals im Gewebe. In keinem Schnitt wurde der Koch'sche Tubelbacillus gefunden. dagegen zeigten 2 Präparate deutliche histologische Merkmale von Tuberkulose. Ein Meerschweinchen, das mit dem von einer dieser beiden Tonsillen stammenden Material geimpft wurde, erkrankt an einer ganz mild verlaufenden Tuberkulose. FINDER.

64) **Umberto Calamida. Ueber die Anwesenheit fuchsinophiler Körper oder blastomycetischer Formgebilde in der Rachentonsille. (Sulla presenza di corpi fuxinofili o forme blastomicetiche nella tonsilla faringea.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. 14. Juli 1899.*

In 45 Rachentonsillen hat Autor constant — wenn auch bisweilen in sehr geringer Zahl — die von Russel „fuchsinophile Körperchen" genannten und von Sanfelice als Blastomyceten gedeuteten Gebilde gefunden. FINDER.

65) **Redact. Notiz. Hyperplasie und Tuberculose der Rachenmandel. (Hyperplasia and tuberculosis of the pharyngeal tonsil.)** *Journal of the American Med. Assoc. 2. September 1899.*

Die Tuberculose kann nicht als ein wesentlicher ätiologischer Factor für die Entstehung der adenoiden Wucherungen betrachtet werden. Eher scheint es, als ob die hyperplastische Rachentonsille zu secundärer tuberculöser Infection neigt. Jedenfalls ist die Thatsache, dass es eine Tuberculose der Rachenmandel giebt, ein Grund mehr, sie frühzeitig und gründlich zu entfernen. Besser freilich ist es, die Adenoiden in Ruhe zu lassen, als sie nur halb zu entfernen. EMIL MAYER.



66) **Piffl. Hyperplasie und Tuberculose der Rachentonsille. (Hyperplasia and tuberculosis of the pharyngeal tonsil.)** *The Journal of Tuberculosis. Octob. 1899.*

Bei einer histologischen Untersuchung von 100 Fällen fand P. nur in einem die Zeichen von Tuberculose. Auch vom klinischen Standpunkt aus und in hereditärer Beziehung zeigten die Patienten mit Adenoiden keine grössere Disposition für Tuberculose als andere.

EMIL MAYER.

67) **G. Arslan** (Padua). **1800 Fälle von adenoiden Tumoren. (A proposito di 1800 casi di tumori adenoidi.)** *Archiv. Ital. di Otol., Rinol. e Laring. Turin. Vol. IX. p. 159. 1899.*

Verf. giebt eine nützliche statistische Zusammenstellung aller wichtigen Punkte, welche er an seinen zahlreichen Fällen beobachtete. Grosses Gewicht legt er auf die Beachtung des Nasenrachenraums bei Otitis, da selbst die kleinsten Tumoren ausreichen können, diese Affection hervorzurufen. Verf. berichtet über 10 Fälle von Basedow'scher Krankheit, bei denen er die Symptome dieses Leidens auf Adenoide zurückführt. Bei fünf Patienten gingen die Erscheinungen nach Entfernung der Vegetationen vollständig zurück. Besonders interessant ist der Fall eines 7jährigen Kindes mit Jackson'scher Epilepsie, welches vor vier Jahren durch Adenotomie ganz geheilt wurde. Zur Narcose gebraucht er in den meisten Fällen Bromäthyl.

JAMES DONELAN.

68) **G. Garbini** (Messina). **Hypertrophie der pharyngealen Tonsillen (adenoide Vegetationen) in den Provinzen von Messina und Reggio Calabria. (L'ipertrofia dell'amigdala faringea [vegetazioni adenoidi] nelle provincie di Messina e di Reggio Calabria.)** *Arch. Ital. di Otol., Rinol. e Laringologia.*

G. vergleicht die Zahl der Fälle von Adenoiden bei Kindern unter 15 Jahren in diesen Provinzen mit denen anderer Landestheile. Er findet, dass sie 5 pCt. aller seiner Patienten mit Schlund-, Nasen- und Ohrenleiden ausmachen und dass jedes 20. Kind unter 15 Jahren in den oben erwähnten Provinzen an Adenoiden leidet.

JAMES DONELAN.

69) **George A. Leland. Verstopfung der nasalen Athmung, einschliesslich adenoider Vegetationen. (Obstructed nasal respiration, including adenoid vegetations.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. October 1899.*

In einem gründlichen Artikel stellt L. die verschiedenen Ursachen der gestörten Nasenathmung zusammen. Bezüglich der Adenoiden sagt er, dass nach ihrer Entfernung unter Aethernarkose in 3—4 pCt. Recidive eintreten. Der jüngste Patient, den er unter Aethernarkose operirte, war 11 Monate, der älteste 34 Jahre.

EMIL MAYER.

70) **O. Hewelke. Ein Fall von Abscess der Luschka'schen Tonsille. (Przypadek ropnia migdatka gardzielowego.)** *Kronika lekarska. No. 21. 1899.*

17jähriges Mädchen wurde in das Krankenhaus wegen eines seit einigen Tagen bestehenden Halswehs aufgenommen. Patientin, die bei der Aufnahme fieberte, klagte heftig über Frostgefühl und schmerzhafte Empfindung bei recht-

seitiger Kopfbewegung. Das Leiden entwickelte sich allmälig im Laufe der letzten 6 Tage; früher war die Pat. stets gesund gewesen. Objectiv waren im Pharynx wie auch in den anderen Halsorganen keine Veränderungen nachweisbar. Das Leiden machte den Eindruck einer Torticollis rheumatica. Im Laufe der nächsten 6 Tage hatte Patientin hochgradiges Fieber (39—40°) und es entwickelte sich rasch ein soporöser Zustand; letaler Ausgang am sechsten Tage des Hospitalaufenthalts. Die ganze Zeit bestand ein schmerzhaftes Gefühl bei Berührung der Gegend der Processus transversi der Halswirbel. Die Milz war vergrössert.

Bei der Autopsie wurden eitrige embolische Herde in beiden Lungen constatirt als Folge eines Eiterherdes von Kirschengrösse, welcher in der Gegend der Glandula Luschkae (entsprechend der Gegend des Tuberculum pharyngeum) sich befand. Im Cavum cranii wurde secundäre Trombophlebitis des Sinus petrosus constatirt; dagegen war das Os petrosum unverändert. A. v. SOKOLOWSKI.

71) **Burton S. Booth. Einige ungewöhnliche rhinologische Fälle. (Some uncommon rhinological cases.)** *Albany Medical Annals. October 1899.*

1. Ein Fall von Infection nach Entfernung von Adenoiden. Verf. entfernte bei einem Kinde unter Narkose die Adenoiden, die grossen Gaumenmandeln und eine Exostose am Septum in einer Sitzung und sandte das Kind dann heim. Es folgte eine Pneumonie, basilare Meningitis und das Kind starb. Verf. ist sicher, dass seine Instrumente steril waren; er schreibt die Complicationen einer Infection zu. (Er setzt nicht hinzu, dass es gefährlich ist, einem an sich schwachen Kinde 3 Operationen auf einmal zu machen und es dann nach Hause zu schicken. Ref.)

2. Ein Fall von Rhinolith mit Extraction des Steines.

3. Die Technik der Operation der Adenoiden. Verf. empfiehlt am vorgebeugten, ausgestreckten Kopfe zu operiren, darauf das Kind zu Bett zu legen u. s. w. (Dieser Rath aus dieser Quelle erscheint eigenthümlich, nachdem Verf. eben berichtet, wie er selbst diese Vorsicht vernachlässigt. Ref.)

EMIL MAYER.

72) **A. Desimoni. Beitrag zum klinischen Studium der adenoiden Vegetationen. (Contributo allo studio clinico delle vegetazioni adenoidi.)** *Bolletin. delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso. März 1899.*

Verf. stellt sich auf den Standpunkt Hertoghe's, dass Myxödem und Adenoidismus Abarten einer auf „Thyreoidarmuth“ beruhenden Grundkrankheit sind. Er führt an, dass, während in den südlichen Provinzen Italiens das Vorkommen adenoider Vegetationen verhältnissmässig selten ist, die Zahl der damit behafteten Kinder in den nördlichen Provinzen, wo — besonders in Piemont — Myxödem und Cretinismus sehr häufig ist, eine erstaunliche Höhe erreicht. FINDER.

73) **Parmentier. Entfernte Symptome der adenoiden Vegetationen. (Symptomes éleignés des végétations adénoides.)** *Le Progrès Méd. Belge. No. 13. 1899.*

Adenotomie bei einer 22jährigen Person, welche an allgemeinem Schwächegefühl, an Kopfweh, Appetitlosigkeit und Verdauungsbeschwerden etc. litt, mit vollständiger Beseitigung aller Erscheinungen. BAYER.

74) **Henry Coppez. Folliculäre Conjunctivitis und adenoide Vegetationen des Nasenrachenraums. (Conjonctivite folliculaire et végétations adénoides du nasopharynx.)** *Journal Méd. de Bruxelles. 2. 1899. La Presse Méd. Belge. No. 1. 1899.*

C. hat beinahe immer die Conjunctivalaffection mit der des Nasenrachenraums vorgefunden. Gewisse Folliculärconjunctivitiden widerstehen Allem, ausgenommen der Adenotomie. Eine tonisirende Behandlung zu gleicher Zeit ist indicirt. Mittheilung zweier Fälle.

BAYER.

75) **G. Ostino. Die Hyperplasie der Rachentonsille und ihre Complicationen von Seiten des Ohres. (L'iperplasia della tonsilla faringea e le sue complicazioni auricolari.)** *Gazzetta Medica di Torino. 16. Juni 1898.*

In der Klinik Gradenigo's beträgt die Procentzahl aller im kindlichen Alter stehenden Ohrenkranken, welche adenoide Vegetationen haben 36 pCt. Bericht über 6 Fälle, in welchen nach Entfernung der Rachentonsille erhebliche Besserung des Gehörs, theilweise auch Aufhören eines vorher bestehenden eitrigen Mittelohrkatarrhs zu constatiren war.

FINDER.

76) **Frank Dyer Sanger. Weiteres über die Beziehung von Adenoidwucherungen zu Ohrenaffectionen. (Additional points on the relation of adenoids to ear trouble.)** *Journal of the Alumnic Assoc. of the College of Physicians and Surgeons. Baltimore. Juli 1899.*

Die Untersuchung des Nasopharynx mit dem Finger bei der Geburt sollte nach Verf. ein allgemein gebräuchlicher und geübter Handgriff werden (!). Sonst nichts Neues.

EMIL MAYER.

77) **A. T. Haight. Nasopharyngeale Adenoidmassen als ursächlicher Factor von Ohrerkrankungen. (Naso-pharyngeal adenoids as a causative factor in ear diseases.)** *Laryngoscope. September 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

78) **Redact. Notiz. Adenoide bei Kindern. (Adenoids in children.)** *Memphis Medical Monthly. September 1899.*

Rasche Entfernung wird empfohlen.

EMIL MAYER.

79) **Geo. H. Gorham. Adenoidgeschwülste des Nasenrachenraums. (Adenoid growths of post-pharynx.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 11. November 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

80) **O. Koerner. Die Wirkung des Seeklimas und der Bäder auf Ohraffectionen und Hyperplasie der pharyngealen Tonsillen. (The action of the sea-climate and of surf bathing on aural affections and hyperplasia of the pharyngeal tonsils.)** *Archives of Otology. April-Juni 1899.*

Von 46 Fällen mit Hyperplasie der pharyngealen Tonsillen fand man die Tonsillen in 13 sehr stark, in 15 stark und in 18 mässig vergrössert. Alle Patienten nahmen während ihres Aufenthalts an der See an Gewicht zu.

EMIL MAYER.



81) **Alexander Francis** (Brisbane Queensland). **Ueber Adenoide. (Notes on adenoids.)** *Australasian Medical Gazette. 21. August 1899.*

G. theilt die Fälle in zwei Gruppen, die einen, welche die Operation unbedingt erfordern, die andern, bei denen sie nur bedingungsweise uns erlaubt ist. Zu der ersten Gruppe gehören die Kinder mit Krämpfen, dann alle schwereren Ohrenaffectionen; zur zweiten Gruppe alle anderen Fälle.

Recidive sind nach F. nicht selten. Ihr Auftreten wird um so leichter vermieden, je rascher die Rachenwunde heilt, deshalb soll man nie bei nasskaltem Wetter operiren, bei dem die postnasale Wunde schlecht heilt.

In der Discussion, die sich an F.'s Vortrag in der Medical Society of Queensland anschloss, erklärte Lockhart Gibson Recidive nach gründlicher Entfernung der Adenoiden für äusserst selten. Den Namen „Adenoide" hält er für sehr ungeeignet, es handelt sich um eine lymphoide Hypertrophie. Ein kleines Stückchen von Geschwulst in der Rosenmüller'schen Grube bedeutet für die Ohren eine viel ernstere Gefahr, als eine grosse Geschwulstmasse mitten im Nasenrachenraum.

A. J. BRADY.

82) **M. H. Garten. Vernachlässigung adenoider Wucherungen und ihre Folgen. (Adenoids neglected and some of the results.)** *Western Medical Review. 15. November 1899.*

Ein eindringlicher Mahnruf zur Beachtung und Entfernung der Adenoiden.

EMIL MAYER.

83) **D. J. Gibb Wishart. Beobachtungen über Adenoide und vergrösserte Mandeln und deren Entfernung. (Observations on adenoids and enlarged tonsils and their removal with notes.)** *Journal Americ. Medical Association. 9. September 1899. N. Y. Med. Record. 16. September 1899. Montreal und Philad. Monthly Med. Journal. October 1899.*

Bericht über 103 Operationen, 47 an männlichen und 56 an weiblichen Individuen. 2 Todesfälle, beide durch die Narkose. 16 Fälle wurden 1—3 Jahre nach der Operation wieder untersucht; 4 zeigten Recidive. Nach W.'s Meinung wird die Tonsillotomie zu häufig geübt. Von den Narkoticis bevorzugt er das Chloroform.

EMIL MAYER.

84) **P. Rudloff. Die Operation der Adenoiden unter Chloroformnarkose am hängenden Kopf. (The operation for the removal of adenoids growths with the head hanging over the table, while the patient is under the influence of chloroform.)** *Laryngoscope. October 1899.*

R. empfiehlt die Narkose und die Lagerung des Patienten in der Rose'schen Position. — Wenn die Wucherungen in den Rosenmüller'schen Gruben sitzen, muss man besonders darauf achten, die Orificien der Ohrtrompeten und die an der seitlichen Rachenwand gelegenen Carotiden nicht zu verletzen. — Recidive kommen in $3^1/_2$ pCt. der Fälle vor.

EMIL MAYER.



85) **H. Cordes. Blutung nach der Operation der Adenoiden. (Hemorrhage following the operative removal of adenoid vegetations.)** *N. Y. Med. Record. 25. November 1899.*

Blutungen nach der Entfernung von Adenoiden können bedingt sein durch: 1. Allgemeinerkrankung — Haemophilie. 2. Herzkrankheit, spez. linksseitige Hypertrophie und Arteriosklerose. Letzteres findet nur auf Erwachsene Anwendung und kommt bei den Kindern nicht in Betracht. 3. Anomalien im Verlauf der Carotis interna. In manchen dieser Fälle findet man an der hinteren Rachenwand in der Höhe der vorderen Fläche des Atlas einen knöchernen Kamm, der die Operation erschwert. 4. Vorangehende Cocainapplication. 5. Reste der Adenoiden, die zurückbleiben; Entfernung dieser Reste stillt die Blutung. 6. Bei Frauen tritt bisweilen schwerere Blutung ein, wenn man zur Zeit der Periode operirt. 7. In manchen Fällen ist stärkere Blutung vorhanden, ohne nachweisbaren Grund.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

86) **Redact. Notiz. Der Mund als Zeichen des Charakters. (The mouth as an index of character.)** *N. Y. Med. Record. 7. October 1899.*

Eine amüsante Plauderei über den Mund der Frau, d. h. die Form und Farbe der Lippen, seine Linien und Grübchen sagen von dem Charakter der Frau mehr, als die Worte, die ihm entströmen. Der schmale Mund mit rothen Lippen, der „cupidobogenförmige“ Mund hat nach der Meinung der Physiognomiker noch nie einer intellectuellen oder generösen Frau angehört. Der feste Mund mit starken weissen Zähnen spricht für superiore Intelligenz, Herzensgüte und tausend andere schöne Dinge, von denen jeder gern glaubt, dass er sie besitzt. U. s. f.

LEFFERTS.

87) **C. A. Hamann. Ludwig'sche Angina und gewisse Formen von cervicaler Eiterung. (Ludwig's Angina and certain forms of cervical suppuration.)** *Cleveland Journal of Medicine. September 1899. N. Y. Med. News. 2. December 1899.*

Diese Entzündungen nehmen ihren Ursprung: 1. von einer Infection durch die Lymphwege infolge einer Verletzung der Mund- und Rachenschleimhaut: 2. durch die Ausführungsgänge der Speicheldrüsen. Der letztere Weg ist selten.

Die Incision muss durch die Haut und Fascie gehen; eine geschlossene Zange wird in die tieferen Gewebe eingeführt und geöffnet.

EMIL MAYER.

88) **Cocar. Beitrag zum Studium der infectiösen Phlegmone des Mundbodens (Angina Ludovici). (Contribution à l'étude du phlegmon infectieux du plancher de la bouche — angine de Ludwig.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Das Leiden entwickelt sich, wenn ein schlechter Allgemeinzustand mit einer Lokalaffection des Mundes (Stomatitis, Angina, Caries der Zähne) zusammenfällt.

Hohes Fieber, brettharte Schwellung der Regio suprahoidea, Behinderung

der Zungenbewegungen, Speichelfluss etc. sind die wesentlichsten Symptome. Die Prognose ist sehr ernst. Man muss so früh wie möglich operiren, und so werden eine oder mehrere mediane oder laterale Incisionen je nach Bedürfniss gemacht.

PAUL RAUGÉ.

89) **Tixier. Angina Ludovici. (Angine de Ludwig.)** *Médecine de Lyon. 24. Juli 1899.*

Ein typischer Fall von Ludwig'scher Angina. Der 36jährige Pat. hatte eine Mandelentzündung nach Erkältung gehabt und bekam eine schmerzhafte Induration unter dem Kinn, die bald zu einer enormen Anschwellung wurde. Es trat Dyspnoe ein, die Temperatur stieg auf 40,5. Die Schwellung nahm die ganze Partie über dem Zungenbein ein, von einem Kieferwinkel bis zum anderen. Die Haut dieser Gegend war weinroth. Keine Fluctuation. Die Zunge lag unbeweglich gegen das Gaumendach gepresst.

T. machte eine enorme Incision im Halbbogen von einem Kieferwinkel zum anderen. Er durchtrennte die Gewebe, eine Lage nach der anderen, bis auf den Mylohyoideus. Erst als er diesen einschnitt, entleerte sich ein kleiner Löffel voll eines sehr stinkenden Eiters. Zwei grosse Drains wurden zu beiden Seiten der Zunge eingelegt und reichliche antiseptische Spülungen vorgenommen.

Am nächsten Morgen fiel die Temperatur auf 38,4, und der Kranke fühlte sich stark erleichtert. Nach wenigen Tagen war die Heilung vollendet.

Der Fall lehrt, dass die Phlegmone suprahyoidea ihren Sitz im Mundboden selbst hat.

PAUL RAUGÉ.

90) **Mascarel. Beitrag zum Studium der Dermoidcysten des Mundbodens. (Contribution à l'étude des kystes dermoides du plancher de la bouche.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Die Cysten resultiren aus dem Einfluss eines Stücks Ectoderm in den Kiemenspalten. Die Wandungen der Dermoidcysten haben dieselbe Structur, wie die äussere Haut. Ihren Inhalt bilden Trümmer von Epidermiszellen, Fettkörnchen und Fettsäurekrystalle; bisweilen findet man auch Haare.

In klinischer Hinsicht stellen diese Cysten fluktuirende Tumoren in der Medianlinie dar, die indolent sind und gleichzeitig nach der Mundhöhle zu, wie in der Regio suprahyoidea eine Hervorragung bilden. Eine Verwechslung ist möglich mit der gewöhnlichen Ranula und mit Schleimcysten. Die Operation wird meist von aussen her, seltener vom Munde aus gemacht.

PAUL RAUGÉ.

91) **A. Pick** (Wien). **Ueber Foetor ex ore.** *Wiener klin. Rundschau. No. 20. 1899.*

Zusammenstellung der zahlreichen Ursachen obiger Erscheinung mit Besprechung der Therapie. Nichts Neues.

CHIARI.

92) **Ehrsam** (Meiningen). **Ueber Substanzen, welche im Stande sind, unsere Geschmacks-Empfindung zu beeinflussen.** Dissert. Würzburg 1899.

Die Versuche an Gesunden zeigten, dass regelmässig am leichtesten der Geschmack für süss verloren geht, dann der für salzig, weniger der für bitter, gar nicht der saure.

SEIFERT.

93) **Kübel** (Tübingen). **Ueber die Einwirkung verschiedener chemischer Stoffe auf die Thätigkeit des Mundspeichels.** *Pflüger's Arch. LXXVI. 1899.*

Kochsalzlösungen derselben Concentration wirken unter sonst gleichen Bedingungen hemmend auf die Verzuckerung dünner Stärkegemische, fördernd auf die dickeren Stärkegemische.

Unter den Cl-, Br- und J-Halogenverbindungen des Na befördert die des Cl am besten, die des J am wenigsten die Verzuckerung; ebenso verhalten sich die entsprechenden Kalisalze; nur unterstützen sie durchweg die Speichelwirkung besser als jene.

Auch die schwächste alkalische Reaction wirkt unter allen Umständen hemmend auf die Verzuckerung der Stärke ein; am stärksten schädigt sie die Kalilauge, weniger die Natronlauge und noch weniger das Ammoniak.

Salzsäure, auch andere Säuren in schwachen Lösungen unterstützen die Ptyalinwirkung, stärkere dagegen hemmen sie oder heben sie auf.

A. ROSENBERG.

94) **Redact. Notiz. Gegen Ptyalismus mercurieller oder idiopathischer Natur. (For ptyalism, mercurial or idiopathic.)** *Journal American Med. Association. 2. September 1899.*

Rp. Tct. Myrrhae 30,0
Kalii chlor. 22,5
Aqu. camphorat. q. s. ad 480,0.

M. D. D. Umgeschüttelt als Mundspülwasser 2- oder 3stdl. z. gebr.

Rp. Formaldehyd (40proc. Lösung) 3,75
Thymol 0,6
Tct. benzoin. compos. 7,5
Alkohol q. s. ad 90,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll in 1 Weinglas Wasser 2- oder 3stdl. zur Spülung des Mundes. Ausserdem mit dem Pinsel auf das erweichte und blutende Zahnfleisch aufzupinseln.

Oder: Rp. Kalii chlor. 0,96
Tct. ferri chlor. 9,25
Syrup. 3,75
Aqu. q. s. ad 60,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll in Wasser 2ständl. z. n. gegen Ptyalismus mercurialis.

Rp. Camphorae 7,5
Tct. Myrrhae 30,0
Balsam. Peruvian. 3,75
Spirit. Cinnamom. 15,0
Ol. Menth. Virid. 0,3
Ol. Carophylli 0,18
Alcohol q. s. ad 240,0.

M. D. S. Als Mundwasser 1 Theelöffel voll in 1 Weinglas Wasser 2stdl. z. gebr. Ausserdem unverdünnt auf das Zahnfleisch zu pinseln. EMIL MAYER.

95) **W. Freudenthal. Speichelstein. (Salivary calculus.)** *New Yorker Medic. Wochenschrift. October 1899.*

Mittheilung eines Falles. EMIL MAYER.

96) **Verchère** und **Debrigode** (Paris). **Stomatitis mercurialis bei einem nephrectomirten Patienten. (Stomatite mercurielle chez un néphrectomisé.)** *Société médico-chirurgicale. 12. Juni 1899.*

Der Patient, der früher wegen Nierentuberculose nephrectomirt worden war, rieb sich gegen Pediculi pubis graue Salbe ein und bekam eine schwere Quecksilberstomatitis. Die Schwere der Mundentzündung ist wohl durch die mangelhafte Ausscheidung des Hg beim Fehlen einer Niere erklärt. PAUL RAUGÉ.

97) **Deguy. Die diphtheroide impetiginöse Stomatitis der Kinder. (La stomatite diphthéroide impétigineuse de l'enfance.)** *Journ. des prat. 5. Aug. 1899.*

Das Leiden, das oft mit Diphtherie verwechselt wird, besteht in einem primären oder secundär an Hautimpetigo sich anschliessenden Impetigo der Lippen- und Mundschleimhaut. Es ist hervorragend contagiös. Man sieht Pusteln und Krusten, wie beim Gesichtsimpetigo, die letzteren sind schwärzlich und blutend. Der Verlauf der Erkrankung ist ein einfacher; sie heilt in 6—8 Tagen.

PAUL RAUGÉ.

98) **V. Griffon. Stomatitis und Angina pseudomembranacea mit Pneumococcen. (Stomatite et angine pseudo-membraneuses à pneumocoques.)** *Revue de méd. December 1899.*

29jähriger Mann hat ein Kind gepflegt, das an Bronchopneumonie starb, und erkrankte bei der Rückkehr von der Beerdigung desselben am 5. Januar mit einem Frost. Sein Zustand ist ernst und man denkt anfangs an Typhus; die Widal'sche Reaction aber fällt negativ aus. 4 Tage nachher — am Tage nach seiner Aufnahme in's Hospital — erscheinen die Zeichen einer rechtsseitigen Pneumonie. Das Serum des Patienten giebt Pneumokokkenreaction. Am 13. Januar tritt ein ulcerös-membranöser Fleck an der linken Wange auf, dann ein gleicher auf der rechten Mandel. Das Exsudat breitet sich am nächsten Tage auf die linke Mandel aus, ferner auf die vorderen Gaumenbögen und das Velum, auf dem es soorartig aussieht. Die bakteriologische Untersuchung des Exsudats an verschiedenen Stellen ergiebt gleichmässig Pneumokokkenbefund. Die Angina und die Stomatitis bessern sich schrittweise, dann auch die Pneumonie. Die Entfieberung erfolgt langsam, da auch die Pleura betheiligt ist. Am 9. Februar ist die Heilung vollendet. Das Serum des Patienten giebt noch an diesem Tage und 14 Tage später Agglutination bei Pneumokokkenzusatz. A. CARTAZ.

99) **J. Comby** (Paris). **Scorbut bei Kindern. (Scorbut infantile.)** *Médecine Moderne. 21. Juni 1899.*

Der Scorbut der Kinder tritt im Alter von 6 Monaten bis 2 Jahren bei künstlich ernährten Kindern auf. Brustkinder bleiben von der Erkrankung verschont. Seine Symptome sind: schlechter Allgemeinzustand, subperiostale Blutungen, Blutungen in der Mundschleimhaut, ein fungöser Zustand des Zahnfleisches, wenn bereits Zähne vorhanden sind.



Die Krankheit coindicirt oft mit Rachitis und hat auch manche ähnliche Symptome mit dieser Krankheit. Daher werden beide auch von manchen Autoren zusammengeworfen. Aber sie sind keineswegs identisch. Rachitis ist eine Krankheit der ärmeren Klassen, Scorbut findet sich häufiger bei den Kindern der Wohlhabenden.

Von den Flaschenkindern werden am ehesten diejenigen scorbutisch, die von den Nährpräparaten, wie Conservenmilch u. Aehnl., Gebrauch machen.

Die Behandlung ergiebt sich aus dieser Aetiologie: Ernährung mit guter frischer Milch, frischen Gemüsen, Orangen- und Weintraubensaft; ferner Salzbäder, Leberthran; Ruhe in horizontaler Lage, Aufenthalt an der Seeküste u. a. m.

PAUL RAUGÉ.

100) **C. Compaired** (Madrid). **Ein Fall von perforirendem Geschwür des Mundes. (Un case de mal perforante de la boca.)** *Archiv. Latin. de Rinol., Laring., Otolog. No. 99—100. 1899.*

Das perforirende Geschwür sass an den Wurzeln der linken oberen Molarzähne und war von einem Concrement von Weinstein bedeckt. Die Grösse der Perforation betrug ca. 2 cm Breite und $3^1/_2$ cm Tiefe. Die Pflege des Mundes liess bei dem Pat. sehr zu wünschen. Eine spezifische Infection konnte ausgeschlossen werden. Die Auskratzung und Aetzung der Perforation, sowie sorgfältige Hygiene des ganzen Mundes genügten, um den Pat. zu heilen. R. BOTEY.

101) **Lyon. Die Sorge für Mund, Hals und Nase bei Typhus. (Care of mouth, throat and nose in typhoid fever.)** *N. Y. Med. News. 28. October 1899.*

Nase und Mund sollen regelmässig mit einer schwachen Borsäurelösung gereinigt werden.

Wenn der Pat. gurgeln kann, verordne man

Salol. 4,8
Tct. Benzoin. gtt. XXX
Spir. Menth. Piper. 240,0

M. D. S. 1 Theelöffel in 1 Glas Wasser zum Gurgeln.

Die Zunge und das Zahnfleisch werden gereinigt und mit Borglycerin (10 pCt.) eingepinselt; in die Nase kommt ein wenig Mentholvaselin (5 pCt.) oder Borvaselin (10 pCt.)

LEFFERTS.

102) **G. Milian** (Paris). **Purpura der Mundschleimhaut nach Jod. (Purpura iodique de la muqueuse buccale.)** *Presse Médicale. 30. Juli 1899.*

Die purpuraartigen Exantheme der Haut nach Gebrauch von Jodkali sind wohl bekannt. Erscheinungen dieser Art auf den Schleimhäuten aber sind selten mitgetheilt worden. M.'s Fall betrifft eine 43jährige Frau, die 6 g Jodkali pro die erhielt und neben anderen Erscheinungen von Jodismus eine umfangreiche Ecchymosis am Gaumendach mit Exsudation einer röthlichen Flüssigkeit bekam. Der Fall erinnert nach M. an die hämorrhagischen Exsudationen, die bei Hysterischen vorkommen; auch bei diesen handelt es sich, wie im vorliegenden Falle, um eine vasomotorische Störung.

PAUL RAUGÉ.

103) **Alfred Fournier** (Paris). **Differentielle Diagnostik der Plaques muqueuses. (Diagnostic différentiel des plaques muqueuses.)** *Méd. Moderne. 14. Juni 1899.*

Verf. giebt in einer klinischen Vorlesung einen Ueberblick über die verschiedenen Mundaffectionen, welche mit Plaques muqueuses verwechselt werden können. Es sind:

I. Einfache Erosionen, welche sich von Plaques muqueuses oft gar nicht unterscheiden lassen.

II. Herpes buccalis, besonders die recidivirende Form desselben. Er wird am häufigsten durch Lues bedingt und findet sich gewöhnlich auf der Zunge, fast stets an deren Rändern. Lippen und Wangen werden viel seltener betroffen. Die Affection ist schmerzhafter als die Plaques muqueuses und hat folgende charakteristische Merkmale:

1. In einiger Entfernung vom Hauptplaque finden sich versprengte miliare Erosionen.

2. Die Läsion ist von einem epithelialen Ring umgeben.

3. Die Ränder der Ulceration sind buchtig.

III. Aphthen. Dieselben sind ausgezeichnet:

1. Durch ihre gleichmässige Rundung, ähnlich der Form von Linsen.

2. Durch scharfrandige, grübchenförmige Vertiefungen, als wäre die Ulceration mit einem Bohrer ausgeschnitten.

3. Durch eine schön hellgelbe Verfärbung.

4. Durch ihre karminrothe Umsäumung.

Ueberdies sind die Aphthen schmerzhaft und beim Contact mit Speisen und Getränken empfindlich.

IV. Hydroa buccalis. Diese Affection lässt sich von den Plaques muqueuses kaum unterscheiden. Die Diagnose ist leicht, wenn sie mit einem Hautexanthem coincidirt. Sonst bleibt als einziges diagnostisches Mittel die Feststellung, ob Patient syphilitisch ist oder nicht.

V. Glossitis exfoliativa marginalis. Dieselbe ist charakterisirt:

1. Durch das constante Vorhandensein eines feinen, weissen C-förmigen oder runden Randes.

2. Durch die Beweglichkeit der eruptiven Elemente, die von Woche zu Woche neue Zungenpartien befallen (Glossitis ambulatoria).

3. Durch den negativen Erfolg der Quecksilberbehandlung.

VI. Perlèche ist bei Kindern sehr häufig und täuscht die Plaque muqueuse der Lippencommissur vor; giebt wie diese das Bild eines Blattes, dessen beide Hälften durch eine Rhagade getrennt sind. Die differentielle Diagnose ist auch hier nur dadurch möglich, dass man feststellt, ob Patient Lues hat oder nicht.

VII. Quecksilberaffectionen. Die Ulcerationen der Stomatitis mercurialis fallen am häufigsten zusammen mit mercuriellen Reizerscheinungen von Seiten des Mundes und Zahnfleisches. Daneben besteht Ptyalismus, die ausgeathmete Luft hat einen säuerlichen und fötiden Geruch etc.

VIII. Erosionen und Ulcerationen dentären Ursprungs. Der Ursprung derselben ist leicht in einem abgebrochenen, deviirten oder mit Weinstein bedeckten Zahn aufzufinden.

Verf. erwähnt noch eine Reihe anderer Mundaffectionen, welche mit Plaques muqueuses einhergehen können, so z. B. das Ulcus durum (erkennbar an der Induration und Lymphdrüsenanschwellung), den weichen Schanker (ist im Munde sehr selten), das Antipyrinexanthem, tuberculöse Geschwüre, Ulcerationen bei Psoriasis des Mundes, bei Keuchhusten (Sitz am Frenulum der Zunge) u. a. m.

PAUL RAUGÉ.

104) **G. Spiess. Epidermolysis bullosa hereditaria der Schleimhaut.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 9. H. 3. p. 426.*

Als Epidermolysis bullosa hereditaria beschrieb Köbner (1886) ein Krankheitsbild, dass dadurch charakterisirt wird, „dass bei mehreren Mitgliedern einer Familie, manchmal durch Generationen hindurch, von frühester Kindheit an, auf leichte traumatische Reizungen der Haut (durch den Stiefel, Kleidungsstücke etc.) innerhalb weniger Minuten Blasen auftreten".

Spiess' Fall ist dadurch ausgezeichnet, dass die Blasenbildung nur auf den Schleimhäuten der Mundrachenhöhle und der Speiseröhre localisirt war. Die Blasen auf der Zunge, den Wangen und dem Gaumen, deren Decke überaus zart war und die bald wasserhellen, bald etwas blutig gefärbten Inhalt hatten, wechselten von Erbsen- bis Bohnengrösse. Die Empfindlichkeit der Theile war so gross, dass z. B. die Zunge beim Laryngoskopiren nicht angefasst werden durfte, um nicht Blasen zu erzeugen. Die ihr zugänglichen Blasen öffnete die Patientin mit einer feinen Scheere und betupfte sie die nächsten Tage mit einem Höllensteinstift. Die tieferliegenden Blasen am Eingang in den Oesophagus, besonders an der ösophagealen Seite der Larynxhinterwand bereiteten heftige Beschwerden, indem sie den Oesophagus verengten und bei jedem Schlingversuch Schmerzen verursachten. Wurden sie nicht gleich im Beginne incidirt oder excidirt, so zogen sie sich nach den Angaben der Patientin mit Sicherheit nach unten in die Speiseröhre, deren „Haut" sich immer weiter ablöste, und die Heilung wurde wesentlich verzögert.

Mit der Incision der Blasen schaffte Verf. stets Linderung der Beschwerden. Die Excision der Membranen erwies sich als weniger zweckmässig, da die Reaction bisweilen eine sehr beträchtliche war. Als Verf. einmal eine Doppelcurette einführte, entstand durch den Druck derselben im Verlaufe von $^1/_2$ Minute unter seinen Augen an der hinteren Kehlkopfwand eine grosse Blase.

Die Therapie gegen das Leiden selbst erwies sich als absolut machtlos.

F. KLEMPERER.

105) **Le Damany** (Rennes). **Ueber eine Epidemie von Streptococcen-Anginen. Das herpetische Aussehen der Mehrzahl der Fälle und ihre Complicationen. (Sur une epidémie d'angines streptococciques. Aspect herpétique de la plupart de ces angines. Leurs complications.)** *Acad. de Méd. 19. Juli 1899.*

Die von Verf. in Rennes beobachtete Epidemie zeigte in den meisten Fällen das Bild des Herpes pharyngis und als constanten Befund den Streptococcus. Derselbe war stets sehr reichlich vorhanden und fand sich theils allein, theils von anderen Bakterien begleitet.

PAUL RAUGÉ.

106) P. Le Damany. **Herpetische Angina und Scharlach. (Angine herpétique et scarlatine.)** *Bulletin de la Société scientifique et méd. de l'Ouest. VIII. 2.*

Verf. weist auf Grund einer eigenen Beobachtung auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Scharlach und Angina herpetica, wenn zufällig Epidemien beider Affectionen zusammenfallen, hin. Er sah einen jungen Mann, der anfangs nur eine Angina hatte, die alle Characteristica der Angina herpetica zeigte, und der nach einigen Tagen typischen Scharlachausschlag bekam.

PAUL RAUGÉ.

107) A. Malinowski. **Ueber die Behandlung des Halses und der Nase bei den scarlatinösen Processen. (O leczeniu cierpien gardta i nosa, towarzyszacych szkarlatynie-dyfteryt szkarlatynowy.)** *Gazeta lekarska. No. 42, 43. 1899.*

Genaue Beschreibung der verschiedenen Complicationen in der Nase und im Rachen, welche im Laufe des Scharlachs vorkommen. Verf. empfiehlt als Therapie die locale Behandlung dieser Organe mittelst Gurgeln, Einspritzungen und Pinselungen mit den verschiedenen bekannten antiseptischen und adstringirenden Mitteln.

A. v. SOKOLOWSKI.

108) André Bergé. **Angina erosiva postscarlatinosa. (Angine erosive postscarlatineuse.)** *Société de Pédiatrie. 10. October 1899.*

54 Tage nach einem leichten Scharlach traten Erosionen an den Mandeln auf, die mehr als einen Monat anhielten. Die Ulceration im Halse war von Fieber und Drüsenschwellung begleitet und gefolgt von acuter Nephritis mit Hämaturie und Albuminurie.

PAUL RAUGÉ.

109) Kronenberg. **Angina und acuter Gelenkrheumatismus. (Angina and acute articular rheumatism.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 7. October 1899.*

Nach einer Operation in der Nase bekam Pat. eine Angina, an die sich ein acuter Gelenkrheumatismus schloss. Endocarditis, Pericarditis und Pneumonie gesellten sich hinzu und Pat. starb. Der Gelenkrheumatismus hatte von Anfang an Zeichen von Pyämie geboten.

EMIL MAYER.

110) Ch. Nicolle, **Ulcerös-membranöse Angina mit spindelförmigen Bacillen und Spirillen. (Angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles.)** *Archiv. provinciales de Médecine. April 1899.*

Ein weiterer Fall der mehrfach beschriebenen sogen. Vincent'schen Angina. N.'s Patient hatte vor der Ulceration der Mandel eine solche an der Unterlippe, was für die identische Natur der Angina und der Stomatitis ulcero-membranosa spricht. Auch hatte der Patient einen Hautausschlag, der an Erythema nodosum erinnerte.

PAUL RAUGÉ.

111) M. H. Vincent. **Diphtheroide Angina durch den spindelförmigen Bacillus. (Diphthereid angina due to the fusiform bacillus of Vincent.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. November 1899.*

Ein eigenthümlicher spindelförmiger Bacillus findet sich in manchen Fällen von pseudomembranöser Entzündung, meist der Mandeln, welche klinisch das Bild der Diphtherie bieten. Die Erkrankung ist weniger ernsthaft, als die Diphtheritis.

EMIL MAYER.



112) **Nicolle** und **Hallpré. Zwei Fälle von ulcerös-membranöser Angina mit spindelförmigen Bacillen und Spirillen. (Sur deux cas d'angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles.)** *Normandie méd. 15. Dec. 1899.*

Die Verff. publiciren zwei weitere Fälle, die von den früher mitgetheilten in nichts abweichen. Die Behandlung mit Jodtinctur führte sehr schnell zur Heilung.

A. CARTAZ.

113) **Raoult** (Nancy) und **Finck. Zwei Fälle von Angina durch Soor. (Deux cas d'anginos dues au muguet.)** *Arch. de laryngol. September-October 1899.*

Die Verff. kommen zu folgenden Schlüssen:

1. Die einfache Hefeform scheint die einzige zu sein, die man in Fällen von Angina, bei denen Soor in Reincultur vorhanden ist, bei der directen Untersuchung vorfindet.

2. Der von den Pseudomembranen gewonnene Soor zeigt bei der ersten Aussaat bisweilen Colonien von besonderen Formen (Granaten- oder Sternform).

3. In zweifelhaften Fällen ist die Serumdiagnose mit dem Serum geimpfter Meerschweinchen oder besser noch Kaninchen von entscheidendem Werthe.

E. J. MOURE.

114) **Francis R. Packard. Schuldlos acquirirte syphilitische Infection des Halses. (Innocently acquired syphilitic infection of the throat.)** *Journal of Eye, Ear and Throat Diseases. October 1899.*

Die Infection wird meist auf Küsse zurückgeführt. Die frühe Diagnose ist schwierig, da ausser den Erscheinungen an der Lippe oder Mandel alle Symptome fehlen.

EMIL MAYER.

115) **Poirier. Halssyphilis. (Syphilis de la gorge.)** *Annales de la Soc. Méd. Chir. d'Anvers. Mai-Juni 1899.*

In der Sitzung der Antwerpener Med. Chir. Gesellschaft vom Juni 1899 stellt P. einen Patienten mit einem syphilitischen Primäraffect auf dem hinteren Gaumenbogen vor.

BAYER.

116) **S. E. Cook. Syphilis des Halses. (Syphilis in the throat.)** *Western Medical Review. 15. September 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

117) **J. Howe Adams. Ergotin bei Halsaffectionen Phthisischer. (Ergot in the sore-throat of phthisis.)** *Med. Times. September 1899. Pennsylvania Medical Journal. September 1899.*

A. gab Extr. fluidum Ergotini (0,12 drei mal täglich) gegen die Rachencongestionen in 6 Fällen von Phthise. In 2 Fällen bestanden Ulcerationen im Halse. Alle bis auf einen waren vorgeschrittene Fälle von Phthise. Das Resultat war in allen Fällen vortrefflich, die Halsbeschwerden waren in 3—5 Tagen verschwunden.

LEFFERTS.

118) **H. J. Hopkins. Fremdkörper im Halse. (Foreign bodies in the throat.)** *N. Y. Med. Record. 1. Juli 1899.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).



119) Wm. Cheatham. **Fremdkörper aus dem Halse entfernt. (Foreign body removed from gullet.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. November 1899.*

Ein spitzes Knochenstück, das im Halse steckte, wurde extrahirt.

EMIL MAYER.

d. Diphtheritis und Croup.

120) Geo H. Weaver. **Werth und Nothwendigkeit der bakteriologischen Untersuchung aller Fälle von Halsaffection. (The value and necessity of bacteriological examination in all cases of sore throat.)** *Chicago Medical Recorder. November 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

121) William B. Meany. **Die Diphtherie; ihre Identität und Uebertragbarkeit von niederen Thieren auf den Menschen. (Diphtheria. Its identity and transmissibility from lower animals to the human subject.)** *The Americ. Practit. and News. 15. November 1899.*

Verf. hält es für sehr wahrscheinlich, dass die Diphtheritis von den niederen Thieren auf den Menschen übertragen wird. Beim Schwein, Schaf, Pferd, bei Katze und Hund ist eine Erkrankung beobachtet worden, die der menschlichen Diphtherie sehr ähnlich erscheint. Haare, Federn, Borsten und Wolle sind die Träger des Infectionsmaterials. Isolirung auch der erkrankten Thiere ist zu fordern.

EMIL MAYER.

122) Ferré. **Diphtherie beim Menschen und Vogeldiphtherie. (Diphthérie humaine et diphthérie aviaire.)** *Associat. franç. pour l'avanc. des Sciences. 14.—21. Juli 1899.*

F. bestätigt die früheren Untersuchungen über das Vorhandensein des Loeffler'schen Bacillus bei der Vogeldiphtherie und die Möglichkeit der Uebertragung der Diphtherie vom Vogel auf den Menschen.

PAUL RAUGÉ.

123) Coeurat. **Vorkommen des Diphtheriebacillus in den Organen. (Présence du bacille diphthérique dans les organes.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Die alte Anschauung, dass der Loeffler'sche Bacillus nur in den Pseudomembranen sitzt, hat sich als falsch erwiesen; neuere Untersuchungen ergaben, dass er überall vorkommt, in der Trachea, den Bronchien und der Lunge, in Leber, Milz und Nieren, im Blut und Centralnervensystem.

PAUL RAUGÉ.

124) Redact. Notiz. **Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Monthly Cyclopaed. of Pract. Medicine. November 1899.*

Eine Zusammenstellung der neueren Publicationen über Bakteriologie, Complicationen, Prophylaxe und Behandlung der Diphtheritis.

EMIL MAYER.

125) J. A. Abt. **Die Complicationen der Diphtheritis. (Complications of diphtheria.)** *Chicago Medical Recorder. November 1899.*

Verf. erwähnt die septischen Erscheinungen, Herzaffectionen, Nephritis und Lähmungen.

EMIL MAYER.

126) W. R. Henderson. **Croup. (Croup.)** *The Physician and Surgeon. November 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

127) Redact. Mittheilung. **Carbolsäure bei der Behandlung der Diphtherie. (Carbolic acid in the treatment of diphtheria.)** *Western Medical Journal. November 1899.*

Die subcutane Anwendung des Mittels wird empfohlen. Ein Kind von 4 Jahren soll 15 Tropfen einer 25proc. Lösung erhalten. Von 4 Kindern, die so behandelt wurden, starb eines.

EMIL MAYER.

128) O. A. Fliesburg. **Fünfzig Fälle von membranösem Croup nach derselben Methode behandelt mit 38 Heilungen und 12 Todesfällen. (Fifty cases of membranous croup treated by the same method with 38 recoveries and 12 deaths.)** *Northwestern Lancet. 15. November 1899.*

Verf. verordnet: Apomorphin. hydrochlor. 0,06
Pilocarpin. 0,06
Tct. Hyoscyami 4,0
Acid. hydrochlor. dilut. 6,0
Tct. Nucis vomic. 2,0
Syr. Tolutan. q. s. ad 128,0
M. D. S. 1 Theelöffel voll in Wasser 3stdl. z. n.

Dass es sich in F.'s 50 Fällen wirklich um acute Kehlkopfdiphtherie handelt, ist nicht erwiesen. Verf. gründet seine Diagnose allein auf das klinische Bild.

EMIL MAYER.

129) Ausset. **Diphtheritische Angina und Laryngitis bei einem 9 Monate alten Kinde; Seruminjection und Intubation für 25 Stunden; Heilung. (Diphtheritic angina and laryngitis in a patient nine months old. Injection of serum. Intubation for 25 hours. Recovery.)** *Archives of Pediatrics. November 1899.*

Die Ueberschrift erklärt den Fall.

EMIL MAYER.

130) Casella (Lyon). **Diphtheritische Angina und Croup beim Erwachsenen. Seruminjection; Intubation; Heilung. (Angine et croup diphthérique chez un adulte. Injections de serum. Tubage. Guérison.)** *Lyon Médical. 5. November 1899.*

Die Diphtherie kommt beim Erwachsenen häufig vor, erreicht aber selten den Larynx. C.'s Fall bietet schon aus diesem Grunde ein gewisses Interesse; er ist auch bemerkenswerth wegen seiner Gutartigkeit. Die Intubation wurde unter Leitung des Fingers ohne Spiegel ausgeführt, wie dies beim Erwachsenen meist der Fall ist.

PAUL RAUGÉ.

131) **Watelet. Die Verbindung von Serumtherapie und Localbehandlung bei diphtheritischer Angina. (Association du serum anti-diphtherique au traitement local dans l'angine diphthérique.)** *Thèse de Paris. 1899.*

W. hebt mit Recht die Bedeutung der Localbehandlung hervor, welche durch die Serumtherapie wohl zu sehr in den Hintergrund gedrängt worden ist. Er empfiehlt reichliche Spülungen von Hals und Nase mit nachfolgender Pinselung von Eisenchlorid.

PAUL RAUGÉ.

132) **L. Le Roy. Diphtherie und Serum. (La diphthérie et le serum.)** *Méd. Moderne. 13. Juli 1899.*

Gegenüber Fiesinger's Behauptung, dass die Serumtherapie in malignen Fällen von Diphtherie versage, theilt Le Roy einen Fall von ausnahmsweiser Schwere mit, wie er ihn früher niemals durchkommen sah, bei dem er durch Injection von 60 ccm Serum in 4 Tagen Heilung erzielte.

PAUL RAUGÉ.

133) **J. C. Shaw. Diphtherie und Serum. (Diphtheria and antitoxin.)** *New York Lancet. November 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

134) **Charles A. Ellis. Tracheotomie wegen Croup. (Tracheotomy for croup.)** *Buffalo Med. Journal. November 1899.*

Die Dyspnoe war sehr gross, und geeignete Instrumente waren nicht zur Hand. E. half sich, so gut es ging, indem er mit einem Scalpell die Tracheotomie machte, Knopfhaken als Retractoren, Leinwandbäusche als Schwämme benutzte und eine abgeschnittene und gebogene Thermometerhülse als zeitweilige Tracheotomiecanüle einlegte. Eine Membran, die das untere Ende der Canüle zu verstopfen drohte, wurde mittelst einer Uteruscurette herausgeholt. Der Ausgang war glücklich.

EMIL MAYER.

135) **W. B. Pusey. Bericht über 276 Intubationen. (A report of two hundred and seventy six intubations.)** *The American Practitioner and News. 15. November 1899.*

134 Fälle wurden geheilt, d. h. 48,5 pCt.

35 Fälle waren unter 2 Jahren; von diesen kamen 23 (= 65 pCt.) durch. Die jüngsten Kinder waren 8 Monate alt, und zwar 4, von denen 3 geheilt wurden.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

136) **W. O. Shields. Fremdkörper in den Luftwegen mit Bericht über einen Fall. (Foreign bodies in the air passages with report of a case.)** *Western Med. Review. 15. August 1899.*

$1^1/_4$ Zoll langer Fremdkörper drei Monate nach dem Eindringen desselben in die Luftwege ausgehustet.

EMIL MAYER.

137) **Joseph M. Patton. Fremdkörper im Bronchus. (Foreign body in a bronchus.)** *Journ. Americ. Med. Association. 5. August 1899.*

Ein Stück Hühnerknochen, das im Bronchus festsass, wurde bei der operativen Eröffnung der Brust im Augenblick, als man in das Lungengewebe einging, unter Husten per os ausgeworfen.

EMIL MAYER.

138) **H. T. S. Bell** (Brisbane Queensland). **Verstopfung des rechten Bronchus durch einen kleinen runden Knopf. (Obstruction of right bronchus by small circular dress button.)** *Australasian Med. Gazette. 20. December 1899.*

7jähriges Mädchen, im Brisbane Hospital für kranke Kinnder vom 23. October bis 7. December behandelt. Die Symptome waren Husten, schleimig-eitriger, manchmal blutig gefärbter Auswurf und Erstickungsanfälle, bei denen das Kind blau wurde. 10 Tage nach der Aufnahme wurde eine Consolidation der rechten Lungenbasis constatirt. Das Kind gab an, dass seine Krankheit vom Verschlucken eines Knopfes herrühre; seine Angaben fanden aber keine Bestätigung. Am 7. December war das Kind gebessert und sollte aufstehen. Dabei bekam es einen plötzlichen Erstickungsanfall und war nach wenigen Minuten todt. Die Section ergab Verdichtung der rechten Lunge und erhebliche Dilatation des rechten Bronchus, dessen Schleimhaut oberflächliche Ulceration zeigte. Im linken Bronchus steckte ein kleiner Knopf. Das Eindringen des Fremdkörpers in diesen und die Absperrung der Luft von der gesunden Lunge hatten den Tod herbeigeführt.

A. J. BRADY.

139) **G. W. Armstrong** (Melbourne Victoria). **Ein Melonenkern im linken Bronchus. Operation. Heilung. (A case of melon seed in the left bronchus. Operation. Recovery.)** *Australasian Medical Gazette. 20. September 1899.*

Kind von 18 Monaten, seit 9 Monaten krank; es leidet an schweren Hustenanfällen. Die Krankheit datirt von dem Augenblick, wo das Kind mit Melonenkernen spielend, einen derselben in die Luftwege aspirirte. Es wurde die Tracheotomie gemacht; der Fremdkörper wurde ausgestossen und die Trachealwunde sofort mit Catgutnähten geschlossen. Das Kind war nach 5 Tagen vollständig wohl.

A. J. BRADY.

140) **F. Houssay. Doppelter Fremdkörper der Trachea. (Double corps étranger de la trachée.)** *Archives de Medecine des Enfants. No. 2. 1899.*

Eine etwas bizarre Erzählung von einem Fall von plötzlichem Exitus eines $2^1/_2$jährigen Kindes, in dessen Trachea man bei der Section ein Stück von einem Pflaumenkern und ausserdem noch einen Regenwurm fand. Man fragt sich, wie diese Dinge dort wohl zusammenkommen konnten.

PAUL RAUGÉ.

141) **E. Vignard. Eine Kaffeebohne in der Trachea beim Kinde; Extraction durch die Tracheotomie. (Grain de café dans la trachée chez un enfant, extraction par trachéotomie.)** *Gaz. méd. de Nantes. 16. December 1899.*

Kind von $2^1/_2$ Jahren verschluckt beim Spielen eine geröstete Kaffeebohne. Unmittelbar darauf ein Erstickungsanfall, der sich in der nächsten Nacht und an den folgenden Tagen wiederholt. Am 7. Tage wird scharfes Bronchialathmen constatirt und wegen Verdacht auf Fremdkörper in Narkose die Tracheotomie ge-

macht. Die Trachea wird in einer Ausdehnung von 3 cm eröffnet; beim Auseinanderdrängen der Schnittränder erblickt man die Kaffeebohne, die mit der Pincette herausgenommen wird. Die Trachea wird sofort geschlossen; das Kind genest ohne Störung sehr rasch.

A. CARTAZ.

142) **Julius Crisler. Crico-Tracheotomie mit Bericht über 2 Fälle. (Crico-tracheotomy with report of two cases.)** *Journ. of the Mississippi State Med. Association. December 1899.*

Der erste Fall betrifft ein Kind, das ein Getreidekorn inspirirt hatte. Die Operation hatte vollen Erfolg.

Fall 2 betrifft ein $2^1/_2$jähriges Kind mit starker Dysphagie und Dyspnoe. Das Kind starb trotz der Operation. Die Ursache der Dyspnoe wurde nicht aufgeklärt.

EMIL MAYER.

143) **R. Botey** (Barcelona). **Einige kleine Veränderungen an den Tracheotomie-canülen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 9. H. 3. p. 461. 1899. Arch. Latin. di Rinol., Laring., Otologia. No. 98. 1899.*

B. hat in einzelnen schwierigen Fällen mit den vorhandenen Canülen nicht auskommen können und hat an denselben gewisse Verbesserungen angebracht, die er im Einzelnen beschreibt. Er hat jetzt 4 Canülen von verschiedener Krümmung und verschiedenem Caliber in Gebrauch, die er zur allgemeinen Anwendung empfiehlt. No. I ist für Kinder von 1—4 J., No. II für Kinder von 4—10 J., No. III für Frauen und Jünglinge von 10—15 J. und No. IV für Erwachsene und Jünglinge über 15 J. bestimmt.

F. KLEMPERER.

144) **Alex. Baurowicz. Ein praktischer Verschluss für Canülenöffnung.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngol. Bd. 9. H. 1. 1899.*

Zum Ersatz des Canülenschlusses durch einen Kork- oder Gummistöpsel hat P. ein Verschlussstück construirt, das einfach ein Stück von dem oberen Theile der inneren Canüle darstellt, welches an beiden Seiten verschlossen ist und genau so wie die innere Canüle gehandhabt wird. Er giebt eine Abbildung seiner Canüle mit dem neuen Verschlusse und beschreibt ihre Vortheile.

F. KLEMPERER.

145) **A. G. Blincoe. Einige praktische Punkte betreffend die Intubation. (Some practical points in intubation.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. October 1899.*

B. empfiehlt das neue Instrument, das den Obturator überflüssig macht und zur Einführung wie zur Extraction zugleich dient, sonst nichts Neues.

EMIL MAYER.

146) **Samuel J. Brothers. Klinische Fälle und Anschauungen. (Clinical cases and interesting ideas.)** *Philadelphia Medical Journal. 14. October 1899.*

Verf. berichtet über 3 Fälle von Intubation, die alle ungewöhnliche Schwierichkeiten darboten.

In Fällen von anhaltendem Schnaufen bei kleinen Kindern soll stets auf Syphilis behandelt werden.

EMIL MAYER.

147) **F. E. Waxham. Bericht über einen Fall von Intubation bei einem Erwachsenen. (Report of a case of intubation of the larynx in the adult.)** *Colorado Medical Journal. December 1899.*

Die Stenose wurde auf eine acute entzündliche Verdickung der Kehlkopfschleimhaut mit submucöser Infiltration zurückgeführt. Die Tube wurde 6 Tage getragen und dann ausgehustet. 4 Tage nachher trat von neuem Dyspnoe ein und Pat. wurde wieder intubirt. Nach 2 Tagen wurde die Tube ausgestossen und seither ist Pat. frei von Dyspnoe geblieben.

EMIL MAYER.

148) **Ausset** (Lyon). **Prolongirte Intubation. (Tubage prolongé.)** *Société de Pédiatrie. 9. Mai 1899.*

5jähriges Kind, bei dem es nicht möglich war, die Tube zu entfernen, ohne dass Erstickungsanfälle eintraten. Es wurde die Tracheotomie gemacht und das Kind trug 1 Jahr später noch die Canüle.

Ein derartiges Vorkommniss wird nach A. theils durch ödematöse subglottische Laryngitis mit Ulcerationen verschuldet, theils durch Compression der Recurrentes durch Bronchialdrüsen, theils durch Bronchopneumonie.

PAUL RAUGÉ.

149) **A. Sargnon. Intubation und Tracheotomie bei nicht-diphtheritischen Stenosen bei Kindern und Erwachsenen. (Tubage et trachéotomie en dehors du croup chez l'enfant et chez l'adulte.)** *Thèse de Lyon. 1899.*

Die ausgezeichnete und erschöpfende Arbeit umfasst 3 Capitel. Im ersten bespricht Verf. eingehend die Technik der Tracheotomie, ihre Complicationen, ihre Folgen und die Methoden der Dilatation späterer Stenosen. Die Frage der Narkose wird behandelt und die Ueberlegenheit der localen Anästhesie durch Cocain — Schleich'sches Verfahren — anerkannt. Im Anschluss daran beschreibt Verf. aufs genaueste die Methodik der Intubation mit allen vorkommenden Zufällen beim Kinde und beim Erwachsenen. Bei letzterem ist der Eingriff, sei es unter Leitung des Spiegels oder mit dem Finger, viel schwerer.

Ausser diesen beiden Methoden nennt Verf. noch die verschiedenen Arten der Catheterisirung des Larynx mit oder ohne Tracheotomie (Schrötter'sche Tuben).

Das zweite Capitel erörtert die Indicationen der Intubation und der Tracheotomie. Dieselben hängen ab von Sitz und Art des Processes (supra- und perilaryngeale Affectionen, Entzündungen, neuropathische Erkrankungen, Tumoren etc.) und von den begleitenden Umständen des Falles. Bei supralaryngealen Stenosen ist in drängenden Fällen die Tracheotomie vorzuziehen, desgleichen bei Traumen des Larynx und der Trachea. Dagegen ist die Intubation angezeigt bei acuten suffocativen Laryngitiden, bei denen oft secundär die Tracheotomie gemacht werden muss. Für die Intubation eignen sich die chronischen Laryngitiden, die Syphilis, Narbenstenosen, die nicht zu eng sind, und ganz besonders die heilbaren spasmodischen Stenosen (Hysterie). Tiefe Stenosen erfordern wieder die Tracheotomie. Was die äusseren Umstände anlangt, so ist stets im Auge zu behalten, dass die Intubation schneller ist als die Tracheotomie. Schwangerschaft

und sehr jugendliches Alter sind in der grossen Mehrzahl der Fälle Momente, die zu Gunsten der Intubation sprechen.

A. CARTAZ.

150) **Sargnon. Intubation und Tracheotomie bei nicht-diphtheritischen Stenosen. Ihre Operationstechnik, Indicationen und Resultate. Gegenüberstellung der beiden Methoden. (Tubage et tracheotomie en dehors du croup. Manuel opératoire. Indications et resultats. Parallèle entre ces deux méthodes.)** *Province Medicale. August u. September 1899.*

Verf. stellt folgende Schlusssätze auf:

1. In vielen Fällen ist die Intubation so gut wie die Tracheotomie geeignet, schwere Dyspnoe sofort zu beseitigen.

2. Die Tube wirkt rapide dilatirend, während nach der Tracheotomie noch eine lange, mühsame und oft nutzlose Behandlung zur Dilatation nöthig ist.

3. Bei Stenosen von zweifelhaftem Sitz ist die Intubation ein vortreffliches diagnostisches Hülfsmittel. Die Intubation ist bei heilbaren und dilatirbaren Stenosen des Larynx und oberen Theiles der Trachea angezeigt, während die Intubation für die unheilbaren und tief gelegenen Stenosen bleibt.

PAUL RAUGÉ.

151) **Louis Fischer. Ursache und Behandlung recidivirender Kehlkopfstenose nach Intubation. (Cause and treatment of recurring laryngeal stenosis following intubation.)** *N. Y. Medical Record. 2. December 1899.*

Die Ursache der Stenosen, die nach der Intubation auftreten, hat schon O'Dwyer im Trauma erkannt. Eine besondere Gefahr bilden die Salze, die sich an den Tuben ablagern und leicht die Schleimhäute verletzen, namentlich bei Extubation. Zur Vermeidung derartiger Läsionen empfiehlt F. möglichst zarte Handhabung der Tuben, die auch nicht zu weit für das Lumen des Kehlkopfs gewählt sein dürfen. Die Tube darf man ferner nicht zu lange liegen lassen; nach 3, spätestens nach 5 Tagen soll ein Wechsel stattfinden. Die Kalkablagerung findet überdies nur an Metalltuben, nicht an solchen von Hartgummi statt. Man wähle also die letzteren und wenn man sie häufig einführen muss, überziehe man sie nach O'Dwyer's Rath mit einem Ueberzug von Alaungelatine (5 pCt.) Alaun in heisser Gelatine gelöst) mit 10 pCt. Ichthyolgelatine oder ähnlichen Gemischen.

LEFFERTS.

152) **Trumpp. Die Intubation in der Privatpraxis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 45. 1899. N. Y. Medical Record. 23. December 1899.*

Auf Grund einer von Trumpp angestellten internationalen Sammelforschung über Intubation kommt Tr. zu folgenden Schlüssen:

Jeder Arzt sollte bestrebt sein, sich die Technik der Intubation ebenso anzueignen wie jene der Tracheotomie. Die Intubation ist unbedingt indicirt, wenn einem Patienten unmittelbare Erstickungsgefahr droht und keine Zeit zur Ausführung der Tracheotomie bleibt. Der Arzt ist berechtigt eine Hausintubation und im Nothfalle selbst ohne Einrichtung eines ärztlichen Permanenzdienstes durchzuführen, wenn der Transport des Kranken in ein Spital unmöglich ist, oder nicht zugegeben wird; wenn die Angehörigen über die Vorzüge und Gefahren der



blutigen und unblutigen Stenosenbehandlung aufgeklärt sind und sich für die Intubation entscheiden, wenn ferner der Arzt längstens in einer Stunde an das Krankenbett geholt werden kann und sonst auch noch alle Vorsichtsmaassregeln getroffen sind. In der Privatpraxis bietet die Intubation die besten Aussichten, wenn sie frühzeitig gemacht wird; die Tracheotomie sollte nur dann gemacht werden, wenn die Intubation erfolglos bleibt und bei längerer Intubationsdauer bedenklicher Decubitus auftritt oder die Canüle immer wieder ausgehustet wird. Wird die Tracheotomie in der Privatpraxis nöthig, dann sollte sie womöglich nur bei liegender Tube vorgenommen werden.

SCHECH.

153) **Escat** (Toulouse). **Die Intubation in der Privatpraxis. (La pratique du tubage dans la clientèle.)** *Presse Medicale. 2. Juli 1899.*

Die Ueberlegenheit der Intubation über die Tracheotomie ist jetzt wohl allgemein anerkannt, aber die meisten Autoren lassen sie nur für das Hospital gelten und acceptiren das von Sevestre und Variot aufgestellte Gesetzt: „Die Intubation für das Hospital, in der Privatpraxis die Tracheotomie".

Escat ist nicht dieser Meinung; er sagt „die tödtlichen Zufälle bei der Intubation, aus Mangel an beständiger Ueberwachung wiegen weit geringer, als die zahlreicheren bei der Tracheotomie vorkommenden Zufälle".

E. bespricht die Wahl des Instrumentariums und die Operationstechnik eingehend und schliesst mit dem Landouzy'schen Satze: „Die Intubation verdient im allgemeinen stets den Vorzug, die Tracheotomie wird nur, wenn dringende Gründe dazu vorliegen, gemacht".

PAUL RAUGÉ.

154) **M. E. Escate. Regeln für die Ausübung der Intubation in der Privatpraxis, wenn keine beständige Ueberwachung des Patienten möglich ist. (Rules for the practice of intubation without constant subsequent supervision.)** *N. Y. Medical Journal. 9. October 1899.*

E. hält die Intubation für erlaubt, wenn der Patient in Verhältnissen lebt, die es gestatten, dass der Arzt in längstens 2 Stunden jederzeit bei ihm sein kann. Im Allgemeinen hält E. die Intubation der Tracheotomie für weit überlegen. In den schwersten Fällen von drohender Erstickung muss zum mindesten für eine Zeit intubirt werden, um event. später die Vornahme der Tracheotomie in Ruhe erwägen und ausführen zu können. Von den praktischen Regeln für die Ausübung der Intubation, die E. giebt, seien folgende wiedergegeben:

Bei der Auswahl der Tube achte man mehr auf die Grösse und das Aussehen des Kindes, als sein wirkliches Alter. Die Tube soll ein wenig stark gewählt werden; sie muss in den Larynx gleiten, nicht hineinfallen; gleitet sie zu leicht hinein, so wähle man die nächst stärkere Nummer. Wenn man beim Einführen die Resistenz des Ringknorpels fühlt, so ist das ein Vortheil, da dann die Tube fest sitzt. Muss wegen Oedems eine schmalere Tube genommen werden, so lasse man den Faden daran oder wechsle sie nach 24 Stunden gegen eine stärkere um. — Die Tube wird vor dem Einführen aussen und innen mit Mentholöl eingefettet. — Die Atmosphäre um den Patienten soll mittelst Spray oder Dampfapparat beständig mit den Dämpfen einer antiseptischen Lösung gesättigt erhalten

werden. — Lassen trockener Husten und schwierige Expectoration eine Verstopfung der Tube befürchten, so wird eine intralaryngeale Injection von einigen Tropfen Mentholöl gemacht oder besser noch die Tube gewechselt. — Der Arzt verlasse den Patienten nach der Intubation nicht, bis er sicher ist, dass die Tube gut liegt. Er erkennt dies, indem er den Patienten ein paar Tropfen Flüssigkeit von einem Theelöffel schlucken lässt. Anfänglich löst das immer einen Hustenanfall aus. — Der Arzt soll den intubirten Patienten zweimal täglich besuchen und zwar das zweite Mal so spät als möglich Abends. — Bei plötzlichem Tubenverschluss soll durch Injection von Flüssigkeit in den Rachen ein Hustenanfall ausgelöst werden. Hilft dies nicht, so wird der Patient über den Bettrand tief mit dem Kopf zur Erde gebeugt, was die Ausstossung der Tube erleichtert. — Die Extubation soll stets Morgens stattfinden, damit eine event. nach Stunden nöthig werdende Reintubation noch am Tage gemacht werden kann. Nach der Extubation muss der Arzt mindestens $^1/_2$ Stunde bei dem Patienten bleiben.

LEFFERTS.

155) **Paul Boudin** (Lyon). **Ein neuer Apparat zur Intubation. (Sur un nouvel appareil pour le tubage.)** *Lyon médical. 26. März 1899.*

Beschreibung des Instrumentes, das der Verf. am 11. Jan. 1899 in der Soc. des Scienc. méd. de Lyon demonstrirt hat.

PAUL RAUGÉ.

156) **Rudolph Matas. Lungeneinblasungen und künstliche Athmung bei der intrathoracalen Chirurgie durch die Intubation des Kehlkopfs. (Pulmonary insufflation and artificial respiration in intrathoracic surgery by intubation of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 16. December 1899.*

M. giebt die Geschichte dieser Behandlungsmethode und beschreibt den Apparat, den er benutzt. Er hat die O'Dwyer'sche Tube, an der er den intralaryngealen Abschnitt unverändert lässt, so modificirt, dass er sie benutzen kann 1. als Respirator, 2. als Tamponcanüle, 3. zur Anästhesirung, 4. als Zungenhervorzieher, 5. als Insufflator und 6. als Aspirator.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

157) **Genevet. Exothyreopexie wegen suffocativen Kropfs bei einem Kinde drei Tage nach der Geburt. (Exothyropexie pour un goitre suffocant chez un enfant trois jours après la naissance.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 11. October 1899.*

Das Kind hatte einen starken Kropf und war in hohem Maasse dyspnoisch. Die Asphyxie verschwand sofort nach der Operation.

PAUL RAUGÉ.

158) **A. Poncet** und **A. Rivière** (Lyon). **Krebs der Schilddrüse. (Cancer de la glande thyroide.)** *Congrès de Chirurgie. 16.—21. October 1899.*

Verff. sahen 50 Fälle dieses Leidens, das viel häufiger ist, als man gemeinhin glaubt. Der krebsige Kropf ist stets durch Degeneration eines gewöhnlichen



Kropfs entstanden. Seine gewöhnlichste Form ist die des Epithelkrebses. Die Symptome sind:

1. Schnelles Wachsthum der Drüse und Störungen ihrer Function.
2. Mehr oder weniger lebhafte Schmerzen, die in die Regio cervico-facialis ausstrahlen.
3. Lymphdrüsenschwellung.

Die Prognose ist schlecht; die Lebensdauer beträgt im Mittel 3—6 Monate. Die Exstirpation ist nur bei den encystirten Formen möglich. In allen andern Fällen ist die Behandlung einfach palliativ (Tracheotomie).

Die Möglichkeit der krebsigen Entartung ist eine präventive Indication, die zur Fortnahme einfacher Kröpfe berechtigt.

PAUL RAUGÉ.

159) **Régnier** (Paris). **Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit durch den stabilen Voltastrom. (Traitement du goître exophthalmique par la voltaisation stable.)** *Association franç. pour l'avancement des Sciences. 14. bis 21. Juli 1899.*

Der stabile Voltastrom beseitigt die Tachycardie und verringert den Kropf und den Exophthalmus. Verf. behandelte 6 Kranke mit dieser Methode; 1 ist seit 2 Jahren definitiv geheilt, 3 sind sehr gebessert, 2 noch in Behandlung.

PAUL RAUGÉ.

160) **Pitres** (Bordeaux). **Behandlung der Basedow'schen Krankheit mit Injectionen von Jodoformäther. (Traitement du goître exophthalmique par les injections d'éther iodoformé.)** *Médecine Moderne. 23. August 1899.*

P. injicirt 1 ccm Jodoformäther mitten in die Kropfgeschwulst. Er wiederholt dies 8täglich mehrere Monate hindurch. Die Symptome lassen gewöhnlich nach 3 oder 4 Injectionen nach. P. behandelte 12 Kranke auf diese Weise. 6 von ihnen sind fast vollständig geheilt. Unangenehme Zufälle durch die Injection hat er nie beobachtet.

PAUL RAUGÉ.

161) **E. Juvara** (Bucarest). **Die Technik der Eingriffe am Halssympathicus. (Technique des interventions sur les sympathiques cervicaux.)** *Presse Méd. 13. Juli 1899.*

Verf. beschreibt die Technik der einfachen Durchschneidung des Sympathicusstranges (Sympathicotomie), sowie der partiellen und der totalen Resection des Nerven mit seinen 3 Ganglien. Sehr gelungene Abbildungen erläutern die Ausführungen.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

162) **Ruoth. Ein Stück von einem Wirbelknochen im Oesophagus. Oesophagotomie. (Fragment de vertèbre dans l'oesophage. Oesophagotomie.)** *Soc. de Chirurgie de Lyon. 7. December 1899.*

Es handelt sich um ein sehr unregelmässig gestaltetes Stück von einem Wirkelknochen vom Hammel, das durch Oesophagotomia externa entfernt wurde.

Es wurde ein Magenschlauch durch die Wunde eingelegt, balb aber konnte der Pat. sich wieder vom Munde aus ernähren. PAUL RAUGÉ.

163) **Vignard. Ein Soustück im Oesophagus; Extraction am 13. Tage. (Un sou dans l'oesophage, extraction le 13. jour.)** *Gaz. méd. de Nantes. 16. December 1899.*

5jähriges Mädchen wegen Schwierigkeiten beim Schlucken aufgenommen, hat vor 12 Tagen ein 5 Centimesstück verschluckt. Das Radiogramm zeigt die Münze in der Höhe des 7. Halswirbels. Die Extraction gelingt in Chloroformnarkose mit dem Graefe'schen Instrument ohne Schwierigkeiten. A. CARTAZ.

164) **C. H. Magee. Ein Fall von Oesophagotomia externa. (A case of external esophagotomy.)** *International Journal of Surgery. December 1899.*

Die Operation wurde zur Extraction einer im Oesophagus eingeklemmten Münze mit Erfolg vorgenommen. EMIL MAYER.

165) **H. L. Maitland** (Sydney N. S. W.). **Drei Fälle von Fremdkörper im Oesophagus; in einem Falle Tracheotomie und Oesophagotomie. (Three cases of foreign bodies in the oesophagus. Tracheotomy and oesophagotomy in one case.)** *Australasian Medical Gazette. 20. November 1899.*

Fall 1. 29jährige Frau, an intensiver Dyspnoe leidend, fast am Ersticken. Dieser Zustand dauert jetzt 3 Tage und nimmt an Heftigkeit zu. Zwei frühere Anfälle leichterer Art haben 14 und 7 Tage gedauert. Die Angehörigen geben an, dass die Pat. vor über 5 Monaten ein Vulcanit-Gebiss geschluckt hat. Sie ist seither mehrfach mit Sonden und X-Strahlen untersucht worden, ohne dass es gelungen wäre, den Fremdkörper zu localisiren. Die Patientin konnte diese ganze Zeit bequem schlucken. Im Sydney-Hospital wurde die Lagerung des Fremdkörpers in der Speiseröhre hinter dem Ringknorpel festgestellt und Maitland entfernte ihn durch die Oesophagotomie. 14 Tage lang erhielt die Pat. Nährklystiere; die Wunde heilte in 5 Wochen.

[Bemerkungen des Referenten: Mit dem Laryngoskop liess sich feststellen, dass die Zahnplatte nicht in den oberen Luftwegen steckte; sie musste also, wenn überhaupt vorhanden, im Oesophagus sitzen. Ein Versuch, den letzteren zu sondiren, steigerte die Dyspnoe derartig, dass, ehe man weiterging, die tiefe Tracheotomie gemacht wurde. Mittelst einer harten Sonde mit Elfenbeinspitze liess sich nun deutlich feststellen, dass der Fremdkörper im oberen Theile des Oesophagus steckte. B. fasste ihn mit der Zange und übte einen festen Zug aus, ohne dass es möglich war, ihn von der Stelle zu bewegen. Aus Furcht vor Zerreissungen rieth er zur Oesophagotomie.

Interessant ist, dass der Fremdkörper so lange (5 Monate) im Oesophagus steckte, ohne Dysphagie zu erzeugen und ohne dass er von den verschiedenen Untersuchern, die Sonden in den Magen einführten, entdeckt wurde. Diese hatten die Symptome für hysterische gehalten. Die Lagerung und dann die bogenförmige Gestalt des Fremdkörpers können dies erklären. Die Krone des Bogens lag gegen den Ringknorpel und die oberen Trachealringe und comprimirte die Luftwege,

während die Nahrung und die Sonden hinter dem Bogen ohne Hinderniss passiren konnten. Wahrscheinlich wurden auch nur elastische Sonden gebraucht.

Ein späterer Versuch, das Lumen des Luftweges wieder herzustellen, misslang. Eine eingeführte Tube musste wegen Schmerzen schon nach wenigen Stunden wieder herausgezogen werden. Die Pat. trägt noch immer die Canüle und befindet sich wohl dabei. Ihre Stimme ist ziemlich gut.]

Fall 2. Kind von 8 Monaten verschluckt eine Sicherheitsnadel. Ein Skiagramm zeigt die Nadel im Oesophagus, offen, mit der Spitze nach oben. Sie wurde mit der Sonde in den Magen herabgestossen und erschien nach $4^1/_2$ Wochen im Stuhle wieder.

Fall 3. 34jähriger Mann hat einen Abscess am Halse. Die Anamnese ergiebt, dass er vor 3 Wochen eine Sicherheitsnadel verschluckt hat. Incision des Abscesses und Entfernung der Nadel.

A. J. BRADY.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Mai 1899.

Röhr stellt eine Patientin vor, die an Aegophonie mit Diplophonie und Dysphonia spastica leidet. Die 64jähr. Kranke, die mancherlei nervöse Erscheinungen aufweist, leidet jetzt an erschwerter Sprache und an einem Laryngospasmus, von dem sie bei jeder längeren Untersuchung und bei jeder endolaryngealen Einspritzung befallen wird. Laryngoskopisch sieht man starke Schwellung der Taschenbänder und subglottische Schwellung. Die verdickten Stimmbänder begrenzen bei der Respiration eine relativ kleine Oeffnung; bei der Phonation legen sie sich krampfhaft fest aneinander, ja schieben sich übereinander besonders in den vorderen $^2/_3$; das Gleiche thun die Taschenbänder. Die Stimme klingt stark gepresst und verdoppelt durch gleichzeitiges Schwingen der Taschen- und Stimmbänder; ausserdem aber hat sie einen ziegenstimmähnlichen Klang.

Als Ursache der Stimmstörung kommen neben den genannten Veränderungen ein abnormes Vorspringen der Halswirbelsäule und eine Hyperplasie der Zungentonsille in Frage, die veränderte Resonanzbedingungen schaffen, sowie die Hysterie.

Die Therapie war bisher machtlos.

Schönstedt demonstrirt einen Reflector mit einer peripheren statt der centralen Durchlochung; derselbe hat keine Nachtheile gegen den letzteren in Bezug auf die Beleuchtung resp. das deutliche Sehen, aber den Vorzug, das binoculare Sehen wesentlich zu erleichtern.

Meyer: Schalle hat bereits einen Reflector mit peripher gelegenen Löchern angegeben.

Schönstedt: Diese peripheren Löcher sind für beide Augen bestimmt, so dass für jeden Untersucher ein besonderer Spiegel nothwendig ist.

Fränkel sieht den Nachtheil des Schönstedt'schen Reflectors darin, dass die Sehaxe nicht im Centrum des einfallenden Lichtes liegt.

A. Rosenberg hat sich davon überzeugen können, dass der demonstrirte Reflector in der That dass binoculare Sehen erleichtert.

Musehold: Die centralen Lichtstrahlen des Stirnspiegels werden gew. überschätzt; ist die centrale Bohrung gross, so ist er sehr gut für die Untersuchung geeignet, auch das für binoculare Sehen.

Schönstedt: Bei einer Spiegelgrösse von 10—11 cm und centraler Durchlochung ist das zweite Auge am Sehen etwas behindert.

Holz berichtet über den von ihm in der Sitzung vom 4. November 1898 demonstrirten Tumor, dass er aus 5 Cysten ohne Knochen bestand; die mikroskopische Untersuchung erwies innerhalb und ausserhalb der Cyste Cylinderepithel.

Grabower stellt einen Pat. vor mit Ankylosis spuria des rechten Arygelenks mit Fixation des Stimmbandes in einer der Mittellinie angenäherten Position.

Pat. hat vor Jahren Typhus gehabt; darauf anhaltende Heiserkeit; im 21. Jahre Ulcus, Bubo; im 23. Jahre Lues; 3 Jahre später (1898) Anbohrung der Oberkieferhöhle wegen Empyems. Vor 15 Jahre hat eine Laryngologe schon eine „Lähmung des rechten Stimmbandes" constatirt.

Thorax ist frei; Centralnervensystem in Ordnung; 3 pCt. Zucker im Urin, jetzt 0,77 pCt.

Das rechte Stimmband steht in gestreckter Stellung nahe der Mittellinie fest; das linke zeigt normale Motilität, geht aber bei der Phonation nicht über die Mittellinie hinaus. Sensibilität und Reflexerregbarkeit erhalten. An der Circumferenz des rechten Arygelenks fühlt man mit der Sonde eine stärkere Resistenz als am linken.

Für eine Lähmung spricht nichts; für eine Ankylose die Entstehung nach einer Infectionskrankheit, die festere Resistenz und das Fehlen der vicariirenden Thätigkeit des gesunden Stimmbandes — ein wichtiges differentiell diagnostisches Moment zwischen Ankylose und Lähmung.

Heymann konnte sich von der Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes nicht überzeugen; ein Ueberschreiten der Mittellinie seitens des gesunden Stimmbandes sieht man nicht nur bei Paralyse des anderen, sondern auch bei Ankylose oder ulcerativer Zerstörung desselben.

Fränkel sah die Gegend des rechten Arygelenks etwas verdickt. Da der rechte Aryknorpel in der Mittellinie fixirt ist und der linke sich an ihn anlegt, kann kein Ueberschreiten der Mittellinie eintreten.

Grabower: Es bleibt ein Raum von 1—1,5 mm zwischen den Stimmbändern; handelte es sich um eine Lähmung, so würde bei einseitiger Leitungs-

unterbrechung eine verstärkte Energie des Impulses auf der anderen Seite des bilateral symmetrisch vom Centrum aus versorgten Organs bemerkbar sein.

E. Meyer: Ueber den Luftsack der Affen.

Bei den tiefer stehenden Affen der alten Welt findet sich ein unpaarer medialer Sack, welcher vor dem Schildknorpel liegend mit dem Kehlkopfinnern durch einen über die Incisura thyreoidea verlaufenden Stiel, der unterhalb der Epiglottis über der vorderen Commissur hindurchtritt, in Verbindung steht. Bei den höher stehenden, insbesondere den anthropomorphen Affen sind die Luftsäcke paarige, den sehr vergrösserten Ventrikeln entsprechende Gebilde. Ein Uebergang zwischen diesen beiden Formen findet sich z. B. beim Gibbon, bei dem ein grosser medialer Sack, in dem sich noch Ueberreste eines Septum finden können, durch je einen Stiel mit den beiden Ventrikeln communicirt. Dasselbe Verhalten zeigt Mycetes nur mit dem Unterschiede, dass der mediale Sack in den blasenartig aufgetriebenen Körper des Zungenbeins eingelagert ist. — Durch eine grössere Zahl von Präparaten erläutert der Vortr. diese Verhältnisse. Besondere Erwähnung verdient das Präparat eines Orang-Utang-Kehlkopfes, bei dem der grosse, beiderseits vollständig symmetrisch entwickelte Fortsätze in die beiden Achselhöhlen und nach dem Nacken entsendende Sack nur mit dem rechten Ventrikel in Verbindung steht, während der linke nur rudimentär entwickelt ist.

Die mikroskopische Untersuchung der Säcke ergab für den medialen unpaaren Sack der niederen Affen das Fehlen von Muskelfasern, dagegen eine sehr reichliche Drüsenentwicklung, besonders am Stiel.

Von dem Sacke des Orang wurde nur ein kleines Stück mikroskopisch untersucht, bei dem flimmerndes Cylinderepithel im Innern des Sackes gefunden wurde.

Dass bei den Brüllaffen der in das Zungenbein eingelagerte Sack als Resonator dient, ist kaum zweifelhaft. Auch bei den weichwandigen Säcken ist eine Beeinflussung des Tones durch ein Mitschwingen desselben wahrscheinlich. Bei den drüsenreichen Gebilden der niederen Affen kommt als weitere Function wohl die eines gemeinsamen Ausführungsganges hinzu. Beim Orang dienen die Säcke vielleicht als Schreckmittel für Feinde; möglich auch, dass sie aufgebläht eine Stütze für den Kopf abgeben und dadurch den Thieren den aufrechten Gang erleichtern.

Sitzung vom 23. Juni 1899.

Schötz stellt einen Patienten vor, der sich Jahre lang mit Höllensteinlösung seinen Pharynx gepinselt und sich so eine Arygrie erworben hat; besonders intensiv gefärbt zeigen sich Gesicht und Hände.

Ferner demonstrirt er einen ca. 4 cm langen und $1^1/_2$ cm breiten 8,7 g schweren Nasenstein, zu dessen Entfernung er sich eines dem Lange'schen ähnlichen stumpfwinklig abgebogenen Hakens bediente.

Derenberg demonstrirt eine „Murmel“ (Steinkugel), die ein Kind nach der

Adenotomie beim Gurgeln herausbeförderte und die acht Monate unbemerkt im Nasenrachen gesessen hatte.

v. Zander berichtet über einen Pat., der seit ca. 5 Monaten heiser ist und seit etwa 3 Monaten über Schluckbeschwerden klagt; Flüssigkeiten kommen beim Schlucken durch die Nase zurück.

Es fand sich eine motorische Lähmung des rechten Gaumensegels, die Sensibilität im Pharynx beiderseits herabgesetzt. Das rechte Stimmband steht unbeweglich mit ausgeschweiftem Rande in Cadaverstellung, das linke steht mit ausgeschweiftem Rande nahezu in Medianstellung, macht geringe Ab- und Adduction, überschreitet aber nicht die Mittellinie, so dass ein phonatorischer Spalt bleibt. Sensibilität im Larynx rechts fast aufgehoben, links herabgesetzt; Cucull. und Sternocl. der rechten Seite atrophisch. Zunge frei; ein Strabismus convergens besteht schon seit der Kindheit. Puls dauernd über 100.

Es handelt sich also um eine Affection sämmtlicher Aeste des Vagus und Accessorius der rechten, und Sensibilitätsstörung des Velum und motorische Störung des Recurrensgebietes der linken Seite.

Der Sitz der Affection ist also da zu suchen, wo Vagus und Accessorius sehr benachbart sind und der Process leicht auf die linke Seite übergreifen kann, aller Wahrscheinlichkeit nach also in der Medulla.

Diese Auffassung steht allerdings in Widerspruch mit der Grabower'schen Lehre, dass der Vagus- und Accessoriuskern durch den des Hypoglossus getrennt sind, da ja in diesem Falle die Zunge freigeblieben ist.

Grabower spricht sich gegen die Annahme eines centralen Sitzes aus, weil der Hypoglossus intact ist und andere Erscheinungen fehlen; auch die Doppelseitigkeit spricht gegen eine centrale Ursache oder gegen den Sitz derselben zwischen Medulla und For. jugul. Dagegen können z. B. bei einer Wirbelerkrankung beiderseits die im For. jugul. befindlichen Wurzeln erkranken. Es handelt sich auch in diesem Falle wohl um eine periphere Ursache.

v. Zander bleibt dabei, dass die frühere Anschauung über die Larynxinnervation die Erkrankung viel einfacher erkläre.

Grabower: Der Accessorius hat mit der Kehlkopfinnervation nichts zu thun; wo sein Kern aufhört; beginnt der Hypoglossuskern, dann kommt der sensible und dann hoch oben der motorische Vaguskern. Es müsste also in diesem Falle bei der Annahme centralen Sitzes auch der Hypoglossus betheiligt sein.

A. Rosenberg: Ueber Folgezustände der sog. Sängerknötchen.

R. hat an verschiedenen Patienten die Fränkel'sche Auffassung der Entstehung von Sängerknötchen durch Verstopfung des Ausführungsganges der unmittelbar unter dem Stimmbandrande liegenden Drüsen bestätigen können. Bei ungenügender Schonung der Stimme entwickelt sich dann weiter bei manchen Kranken eine mehr diffuse Verbreiterung des Stimmbandes (gew. einseitig), deren Centrum das Sängerknötchen ist. Etwa das mittlere Drittel des Stimmbandes, das keine deutlichen Zeichen einer Entzündung zeigt, hat einen convex-bogenförmigen Rand, der bei vollkommener Stimmschonung sich noch zurückbilden kann, bei



unzweckmässigem Verhalten dagegen sich noch stärker hervorwölbt. Die ursprünglich auf den Drüsenausführungsgang beschränkte Erkrankung greift auf die Drüse selbst und ihre Umgebung über.

Sitzung vom 14. Juli 1899.

A. Rosenberg stellt einen Pat. mit Syphilis der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes vor. Defect des häutigen, Perforation des knorpligen Septum; Defect der Uvula, partielle Verwachsung des Velum und der hinteren Gaumenbögen mit der hinteren Rachenwand; Fixirung der Epiglottis in einer nach rechts gedrehten Position, so dass der ursprünglich vordere Rand derselben dem rechten Lig. pharyngoepiglott. anliegt. Diese Verziehung ist hervorgerufen worden durch Schrumpfung eines an der rechten Basisseite des Kehldeckels gelegenen Gummi, das hochgradige Athemnoth verursacht hatte. Pat. konnte Jodkali schlecht vertragen und wurde mit Jodeigon behandelt, das ihm keine Beschwerden verursachte.

Heller: Ueber die secundäre Syphilis der Zungentonsille.

H. fand in 205 Fällen von Syphilis in ca. 10—12 pCt. sichere secundäre Erscheinungen auf der Zungentonsille; die Plaques muqueuses sind auf der Schleimhaut des Mundes 5 mal so häufig als auf der der Zungenbasis. Diese zeigt nur einzelne Papeln oder ist mit ihnen dicht besät.

Das Erythema syphil. hat H. nur einmal als isolirte Erscheinung gesehen.

Die Affection des Zungengrundes verlief völlig symptomlos. Die Dauer der Papel beträgt einige Tage bis zu mehreren Monaten. Man ätzt sie (neben Allgemeinbehandlung) mit Arg. nitr., Chromsäure u. a.

Die glatte Atrophie des Zungengrundes (ohne Narben) entsteht durch interstitielle syphilitische Wucherungsprocesse und Obliteration der ernährenden Gefässe durch Endarteritis. H. fand bei neuerdings untersuchten 40 Fällen von tertiärer Lues theilweisen (7) oder gänzlichen (6) Schwund der Balgdrüsen 13 mal.

Unter glatter Atrophie darf man sich natürlich nicht völligen Schwund des adenoiden Gewebes vorstellen.

Die Untersuchung muss mit dem Spiegel und dem Finger vorgenommen werden.

Die glatte Atrophie ist ein Symptom, welches mit anderen zusammen für die Diagnose der Syphilis verwerthet werden kann.

Finder stellte an dem Material der Universitätspoliklinik fest, dass unter den 3703 daselbst an Syphilis behandelten Patienten 52 Secundäraffectionen der Mund- und Rachenhöhle aufwiesen; 14 mal war dabei die Zungentonsille betheiligt, d. h. in ca. 25 pCt.

B. Fränkel: Zuweilen ist der ganze Lymphring an der syphilitischen Erkrankung betheiligt. Wenn die glatte Atrophie mit den Plaques in genetischem Zusammenhange steht, so ist es auffallend, dass die Gaumentonsillen dieselbe so selten aufweisen.

A. Rosenberg: Da die syphilitische Affection der Zungentonsille ein wesentlich diagnostisches Interesse hat, so wäre es zweckmässiger, festzustellen, wie oft sie ausschliesslich befallen ist; dass dies der Fall sein kann, weiss er aus mehreren Beobachtungen. Ob die glatte Atrophie ein charakteristisches Zeichen für Lues ist, möchte er dahingestellt sein lassen; übrigens ist in vivo der Begriff derselben schwankend.

Heller: Da wo Plaques vorhanden gewesen, kann eine Rundzelleninfiltration lange Zeit bestehen bleiben und eventuell zur Obliteration von Gefässen führen; daraus kann eine mangelhafte Ernährung der Balgdrüsen resp. die glatte Atrophie resultiren. A. Rosenberg.

---

b) II. Spanischer Congress für Oto-Rhino-Laryngologie in Barcelona.

19.—22. September 1899.

Sitzungsbericht von Dr. P. Borrás y Torres.

(Gaceta Medica Catalana. No. 537/538. 1899.)

Die erste allgemeine Sitzung des Congresses wurde durch den Präsidenten Dr. Robert eröffnet, der in seiner Rede die Specialität der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten zusammenfassend behandelte und ihre Bedeutung hervorhob. Seiner Ansicht nach dürfe man jedoch jene Specialfächer niemals von der allgemeinen Medicin und Chirurgie lostrennen. Zum guten Specialisten gehöre vorher ein ausgezeichneter Arzt.

In der I. Theilsitzung für Rhino-Laryngologie wurde das officielle Thema „Diagnose und Behandlung des beginnenden Kehlkopfkrebses“ von den beiden Ponenten Dr. Roquer und Dr. Urunuela behandelt. R. hält den Gegenstand wegen seiner grossen Bedeutung für schwierig, insofern als nur die frühzeitige Diagnose einige Wahrscheinlichkeit hinsichtlich des Erfolges des therapeutischen Eingreifens erzielen kann. Roquer geht von der Ansicht aus, dass die Ursache des Leidens auf einer Störung des Protoelementes beruhe, wie es der Lebenszeitraum, in dem der Krebs erscheint und die histologische Prüfung der charakteristischen Zellen beweisen. Inmitten dieser Betrachtungen sei es schwierig, wenn nicht unmöglich, den Augenblick zu erkennen, in dem die pathologische Entwicklung des Protoelementes beginne. Er theilt die geschwulstartigen Manifestationen des Kehlkopfes in 3 Gruppen ein: 1. vegetirende Form, 2. Knötchenform, 3. diffuse Form. Als allgemeine Regel stellt er hin, dass die bösartigen Neubildungen im Innern des Kehlkopfes in dem hinteren Drittel desselben ihren Sitz haben. Die gutartigen Neubildungen hatte er immer in dem vorderen Drittel des Kehlkopfes gefunden. Als diffuse Form bezeichnet er diejenige, welche, besonders in der Tuberculose, zu Verwirrung Anlass gebe. In diesem Falle gäbe es andere Mittel, um die Differentialdiagnose zu stellen. Hinsichtlich der Behand-

lung hält R. bei dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft, wenn es sich um beginnende Manifestationen und geringen Umfang der Krankheit handelt, die möglichst vollständige endolaryngeale Exstirpation für nothwendig. Das pathologische Product sei der histologischen Prüfung zu unterwerfen, um im gegebenen Falle zu weiterem Eingreifen vorzugehen. Urunuela hält die subjective Symptomatologie für die Diagnose des Kehlkopfkrebses für nutzlos; man bedürfe des laryngoskopischen Befundes und einer genauen Palpation des Halses, sowie manchmal der mikroskopischen Untersuchung des pathologischen Gewebes, um sein Urtheil zu bilden. Hinsichtlich der Differentialdiagnose lässt der Mangel an Begrenzung, Infiltration und Missbildung, sowie die Erhaltung der Beweglichkeit des Kehlkopfes die gutartigen Kehlkopfgeschwülste von den bösartigen unterscheiden. U. hält die Thyrotomie für die rationellste Intervention, sowohl für die Exstirpation der epithelialen Geschwülste wie für die partielle Resection des Kehlkopfes. Die Pharyngotomia subhyoidea findet ihre Anwendung, um einige begrenzte Epitheliome der Epiglottis zu exstirpiren, und der endolaryngeale Eingriff in den sehr seltenen Fällen, in denen ein kleiner begrenzter Tumor erkannt werden kann.

In derselben Sitzung behandelte Escat (Toulouse) das Thema: „Instrumente, um die Nasenrachenfibrome auf natürlichem Wege zu exstirpiren". E. zeigte: 1. 2 Mundöffner, eine Modification derjenigen von Mathieu, 2. schneidende Pincette für kleine Tumoren der Nasenrachenhöhle, 3. 2 Werkmesser mit verschiedenen Krümmungen zur Auskratzung der hinteren Rachenwand, 4. eine Pincette, um die Verzweigungen von Fibromen zu entfernen.

Forus (Madrid) stellte eine Sammlung von 200 Präparaten von normaler topographischer Histologie des Kehlkopfes und der Trachea vor.

In der II. Sitzung für Rhino-Laryngologie wurde zunächst das officielle Thema: „Existirt die Pharyngitis diathesica"? behandelt. Sojo y Battlle (Barcelona) hebt in seiner Denkschrift die Verschiedenheit der Meinungen betreffs der Zulassung der diathesischen Pharyngitis hervor. „Aus seiner Lehre ist zu schliessen, dass bei der gegenwärtigen Auffassung der Diathesis und vom Gesichtspunkte der Localisation im Rachen ausgehend, nur der Arthritismus und der Herpetismus als solche zugelassen werden kann. Man könne nicht die Existenz der diathesischen Pharyngitis leugnen, aber ihre Anzahl und Frequenz ist geringer als nach der Ansicht der Aerzte zuzulassen sei. Die acuten und chronischen Pharyngitiden der Diabetiker und albuminurischen Arthritiker kann man ohne jede Reserve als diathesisch zulassen, so lange die Analyse des Urins ein enges Verhältniss zwischen der Localisation im Rachen und der allgemeinen Ernährungsstörung anzeigt. Ausserdem lehrt die klinische Beobachtung, dass die Arthritiker und Herpetiker chronische Pharyngitiden besitzen, die sich durch die Hartnäckigkeit gegenüber den gewöhnlichen Behandlungsmethoden charakterisiren und welche durch allgemeine antidiathesische Behandlung sich bessern oder heilen.

Verdos (Barcelona) behandelte das Thema: „Die diabetische Pharyngitis.“ Nach seinen persönlichen Beobachtungen kann die Zuckerharnruhr den Nasenrachenraum als Sitz aussuchen. Die Erscheinungen dieser Pharyngitis sind denjenigen der erysipelatösen ähnlich, nur ist jene chronischer Natur. Die Krankheit scheint hauptsächlich das Drüsensystem zu befallen, da die Schleimhaut mit schaumig-weissem Speichel bedeckt ist.

Martin (Barcelona) setzte folgendes Thema auseinander: „Betrachtungen über einige parasyphilitische Rhinitiden.“ M. unterscheidet 3 Gruppen derselben, 1. diejenigen, welche in der äusseren Nase und dem Vestibulum, 2. diejenigen, welche in den eigentlichen Nasenhöhlen und 3. diejenigen, welche in der Nasenrachenhöhle ihren Sitz haben. Je nach den Zerstörungen der verschiedenen Knochen- und Körpertheile der Nase giebt es die sogenannte Papageinase, die eingedrückte und die gespaltene Nase. Infolge der parasyphilitischen Perforationen der äusseren Nasentheile kann der Strom der inspirirten Luft abgelenkt werden, was Anosmie oder auch Dacryocystitis zur Folge haben kann. Die Zerstörungen des Gaumens erzeugt die offene Rhinolalie. Die dritte Gruppe der parasyphilitischen Rhinitiden bilden die Adhärenzen des Gaumensegels an die Rachenwand mit ihren zahlreichen Folgeerscheinungen hinsichtlich der Function der Mund-Nasen-Rachenorgane. Nach M. kann nur die chirurgische Behandlung einen anhaltenden Erfolg geben.

Forus (Madrid) behandelt folgendes Thema: „Laryngoskopisches Bildniss der elementären Function eines jeden der inneren Kehlkopfmukeln und Schlüssel zur Lösung der Frage, dass der Cricothyroideus eine besondere Innervation erhält.“ F. bedient sich eines Schemas mit 8 Figuren, aus denen zu entnehmen ist, dass der M. cricothyroideus von dem Laryngeus ext., dem motorischen Zweige des Larygeus sup. innervirt wird, während die übrigen inneren Muskeln vom Recurrens ihre Innervation erhalten.

Arrese (Bilbao) sprach über die „Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Jodoform.“ A. berichtet über günstige Resultate, die er bei seinen Kranken mit tuberkulöser Kehlkopfsinfiltration mittelst Pinselungen mit einer in Alkohol und Aether gesättigten Lösung von Jodoform erhalten hat.

Forus (Madrid) präsentirte eine Modification der Trendelenburg'schen Kanüle, welche die operativen Eingriffe am Kehlkopfe bequemer macht.

Castaneda (S. Sebastian) behandelt das Thema: „Angeborene oder erworbene Verengerung der Nasenhöhlen in ihrer Beziehung zu der Aspiration der Nasenflügel.“ Nach ihm existiren Verengerungen der knöchernen und knorpeligen Theile der Nase, die von der Kindheit herrühren infolge von nicht zur Zeit operirter adenoider Wucherungen oder schlecht entwickelter Rachentonsille. Dieselben angeborenen Verengerungen findet man ohne Hypertrophie der Rachenmandel bei entarteten Individuen, welche gleichzeitig andere Degenerationssymptome zeigen. In beiden Fällen beobachtet man das Symptom der Aspiration der Nasenflügel.

Rosner (Barcelona) berichtete über „2 Fälle von diffuser Rachenphlegmone“ und Vivé (Barcelona) über die „Behandlung des Nasenlupus mittelst Auskratzung und Thermocauter“, mit der man eine wenig kenntliche Narbe erhält.

In der III. Sitzung stellte zunächst Rogner (Barcelona) eine Kranke mit Tracheocele vor, welche bereits beim I. Congress in Madrid Gegenstand einer Mittheilung war, behufs zweckmässigster Behandlung im genannten Falle.

Coll y Bofill (Barcelona) berichtete über einen wenig gewöhnlichen Fall von hereditärer Nasensyphilis, bestehend in narbigem Verschluss des linken Vestibulum nasi bei einem 18jährigen jungen Manne. Syphilitischer Contact war ausgeschlossen.

Urunuela (Madrid) sprach über Fracturen des Kehlkopfes, und setzte deren nähere Symptomatologie und Behandlung auseinander.

Borrás (Barcelona) behandelt das Thema: „Ueber die Behandlung der Ozaena mit normalem Pferdeserum und der Electrolyse.“ — Forus (Madrid) präsentirte phonographische Cylinder, welche mit der Stimme eines Laryngectomisirten eingeprägt waren, ferner Präparationen von pathologischer Histologie von Nase, Hals und Ohr.

Zuletzt berichtete Masip (Barcelona) über einen „Hämorrhagischen Polypen des Vestibulum nasi,“ welcher sich an der äusseren Wand inserirt hatte.

R. Botey.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dem Herausgeber des Centralblattes ist vom Viceкönig von Egypten die zweite Klasse des Medjidjé-Ordens verliehen worden.

Eine Berichtigung.

Sehr geehrter Herr Professor!

In der vorletzten Nummer des Centralblatts ist über meine Mittheilungen zur Stirnhöhlendurchleuchtung auf der Münchener Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte referirt. Ich machte diese Mittheilungen unvorbereitet auf den Wunsch des Vorsitzenden und habe dem Schriftführer kein Autoreferat geliefert. Dies Versäumniss entschuldigt zur Genüge die irrthümliche Auffassung meiner Worte von Seiten des so unermüdlichen, liebenswürdigen Schriftführes der Section. Da sein Referat aber zu weiteren Missverständnissen Anlass geben könnte, muss ich auf eine demnächst erfolgende Publication meiner Anschauungen verweisen, die einige Thatsachen hervorheben wird, welche der Durchleuchtungsmethode eine grössere Sicherheit verleihen.

Das von dem Herrn Referenten erwähnte Instrument ist nicht mehr mein früherer, sondern ein verbesserter Apparat, den das hiesige „Elektrotechnische Institut“ liefert.

Frankfurt a. M., 21. VI. 1900.

Hochachtungsvoll Ihr ergebener
Dr. Vohsen.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, September. 1900. No. 9.

I. Die Section für Laryngologie und Rhinologie des dreizehnten internationalen medicinischen Congresses (Paris, 2.—9. August 1900) und die Stellung der Laryngologie bei den internationalen Congressen der Zukunft.

Paris, 9. August 1900.

Wir stehen am Schlusse des dreizehnten internationalen medicinischen Congresses, und allmälig beginnt ein Gesammteindruck sich aus den Einzeleindrücken der vergangenen Woche herauszuschälen. Derselbe ist, wenn wir offen sprechen sollen, etwas gemischter Natur. Die Grösse der Stadt, die verhältnissmässig weiten Entfernungen sowohl der Sitzungsräume der einzelnen Sectionen von einander, wie besonders der Congresslocalitäten überhaupt von der Nachbarschaft der gewöhnlich von Ausländern aufgesuchten Hôtels, die Verlockungen der Weltausstellung — alles das hat zu einer viel grösseren Zersplitterung der Congresstheilnehmer geführt, als sie uns von einem der früheren Congresse her erinnerlich ist. Man hatte nach der Eröffnungssitzung überhaupt kaum mehr das Gefühl, an einem allgemeinen medicinischen Congresse theilzunehmen! — Alles löste sich in eine Reihe von Specialcongressen auf, die nur durch das gemeinsame Programm in einem losen Zusammenhange gehalten wurden. Der Besuch anderer Sectionen, als der eigenen gestaltete sich bei der Strammheit, mit der bei uns gearbeitet wurde, zu einer factischen Unmöglichkeit. — Dazu kam, dass die Ermordung des Königs von Italien ihren Schatten auch auf die allgemeinen Festlichkeiten des Congresses warf. An sich weniger zahlreich, als bei den meisten früheren ähnlichen Gelegenheiten, fielen die officiellen Veranstaltungen entweder gänzlich aus, oder wurden durch kleinere Empfänge ersetzt, deren Stattfinden bisweilen der Mehrzahl der Congressbesucher ganz unbekannt blieb, wie denn überhaupt die Organisation in dieser Beziehung manches zu wünschen übrig liess.

Das einzige, allgemeine Fest, das während der Dauer des Congresses wirklich stattfand: die von dem Präsidenten des Congresses, Prof. Lannelongue und seiner liebenswürdigen Gattin, in den Sälen und im Garten des Palais Luxembourg gegebene grosse Abendgesellschaft, litt auf das Empfindlichste durch die Ueberfüllung der Räume und das unbeschreibliche sich hieraus ergebende Gedränge. Aehnlich war es mit dem nach Abschluss des Congresses vom Präsidenten der Republik im Elysée gegebenen Gartenfest.

Charmant war andererseits die private Gastlichkeit unserer französischen Freunde, die ihren Höhepunkt in dem glänzenden Diner fand, welches die französische und die Pariser oto-laryngologische Gesellschaft den beiden Sectionen für Laryngologie und Otologie in den feenhaft erleuchteten Räumen des Palais d'Orsay gab.

Damit wären wir bei den uns speciell interessirenden Angelegenheiten der laryngologischen Section angekommen, und es wird hier sofort unsere höchst erfreuliche Pflicht, dem Bureau unserer Section, seinem Präsidenten Dr. Gouguenheim, und vor allem dem unermüdlichen, liebenswürdigen Secretair, Dr. Lermoyez, für die vorzügliche Vorbereitung unserer wissenschaftlichen Thätigkeit, wie für stetes bereitwilligstes Entgegenkommen und Eingehen auf die Wünsche jedes Mitgliedes den herzlichsten Dank aller Sectionsgenossen auszusprechen.

Die laryngologische Section tagte in den Räumen der Faculté de droit, dicht neben dem Panthéon. In dem anstossenden Hörraum fanden die Verhandlungen der otologischen Section statt. Unsere Zusammenkünfte waren recht gut besucht. Die Präsenzliste wies die Namen einer stattlichen Anzahl hervorragender Laryngologen aus allen Ländern der Welt auf, wenn auch viele der bekanntesten Vertreter des Faches fehlten. Natürlich standen unsere französischen Collegen numerisch in weitaus erster Reihe; dann hatten sich verhältnissmässig viele spanische und russische Laryngologen eingefunden; Deutschland, Oesterreich, Grossbritannien, Amerika, Italien waren theilweise nicht sonderlich stark, theilweise auffallend schwach vertreten. Ganz merkwürdig und durchaus nicht erfreulich war das beinahe vollständige Zurücktreten der englischen Sprache in den Verhandlungen der Section: ein einziger Vortrag wurde im Laufe der ganzen Congresswoche in englischer Sprache gehalten! — Das sollte auf einem internationalen Congresse und bei der Bedeutung, welche der anglo-amerikanischen Laryngo-Rhinologie für die Weiterentwicklung unserer Specialität zukommt, anders sein! — Aus manchen Gründen aber scheint es uns wenig wünschenswerth, in diesem Augenblicke auf die eben berührten Punkte des Näheren einzugehen.

Dagegen bedürfen zwei Dinge, wie wir glauben, im Anschlusse an die eben stattgehabte Sitzung, einer offenen Aussprache: die Frage der Ehrenpräsidenturen und die Frage der einleitenden Vorträge bei den allgemeinen Discussionen. Beide Fragen sind nicht neu. Schon im ersten Bande des Centralblatts wird man finden, dass sie vor 16 Jahren in Kopenhagen zu Unzufriedenheit Veranlassung gaben. Die damaligen Vorgänge haben sich diesmal wiederholt, und es dürfte im öffentlichen Interesse liegen, dass für die Zukunft Abhülfe geschaffen wird.

Was zunächst die Frage der Ehrenpräsidenturen der Section anbelangt, so wurde der Section in ihrer ersten Sitzung die einfache Mittheilung gemacht, dass

eine gewisse Anzahl von Laryngologen zu Ehrenpräsidenten der Section ernannt worden sei. Wir sehen davon ab, dass die Anzahl derselben eine unverhältnissmässig grosse war (26), dass eine ganze Anzahl der ernannten, wie wir wissen, überhaupt nie beabsichtigt hatte, zum Congress nach Paris zu kommen, dass die Wahl in einigen Fällen, gelinde ausgedrückt, keine sehr glückliche war, — aber wir möchten principiell dagegen Einsprache erheben, dass solche Ehrenpräsidenturen einer Section einfach octroyirt werden, ohne dass dieselbe selbst ein Wort dabei mitzusprechen hätte! — Wir wissen, dass wir mit diesem Einspruch der Ansicht vieler der bekanntesten Fachgenossen aller Länder Ausdruck verleihen, und möchten uns nunmehr im allgemeinen Interesse folgenden praktischen Vorschlag erlauben:

Angenommen, dass 10 Sectionssitzungen während der Dauer eines internationalen Congresses stattfinden, so präsidire der wirkliche Sectionspräsident in der ersten Sitzung. Für jede der übrigen 9 Sitzungen schlage das Bureau je einen Repräsentanten der thatsächlich vertretenen Culturländer, von welchem es weiss, dass derselbe wirklich zum Congress erscheinen wird, als Ehrenpräsidenten vor, wobei es aber der Section selbst überlassen bleiben muss, die Wahl zu vollziehen, resp. aus der Mitte der Versammlung selbst weitere Vorschläge entgegenzunehmen, beziehungsweise andere Ehrenpräsidenten zu wählen. Dieser Modus giebt Jedem sein Recht, wahrt die Souveränetät der Section und beugt jeder berechtigten individuellen Unzufriedenheit vor.

Von weitaus grösserer Wichtigkeit aber für den Erfolg der Section als die eben besprochene ist die Frage der einleitenden Vorträge bei den allgemeinen Discussionen. Zur Abhaltung eines solchen Vortrages eingeladen zu werden, ist die grösste Ehre, die einem Fachgenossen von Seiten des Bureaus erwiesen werden kann. Denn die Einladung besagt, dass eine Anzahl der hervorragendsten Vertreter des Faches im Congresslande den Eingeladenen für ganz besonders berufen hält, die Versammlung in solche noch schwebende, mehr oder minder schwierige Fragen einzuführen, wie sie bei diesen Gelegenheiten zum Gegenstande allgemeiner Discussionen gemacht zu werden pflegen. Die Veröffentlichung des Themas der Verhandlung mit dem Namen des bestellten Referenten giebt letzterem ein ganz besonderes „Cachet“ für die betreffende Frage in den Augen der ganzen Welt. Das Wenigste, was derjenige, der die auf ihn gefallene Wahl annimmt, in Erwiderung eines so hohen Compliments thun kann, scheint uns die Erfüllung der übernommenen Verpflichtung! Denn es handelt sich hierbei nicht, wie bei den Ehrenpräsidenturen der Sectionen, um Formalitäten, die schliesslich, wenn der eine verhindert ist, im letzten Augenblick eben so gut von einem anderen übernommen werden können, sondern um sehr reelle, wichtige Verpflichtungen, von denen zum grossen, wenn nicht zum grössten Theil der ganze wissenschaftliche Erfolg der Sectionsarbeit abhängt! — Der Schwerpunkt der Sectionsthätigkeit bei den internationalen Congressen liegt über jeden Zweifel hinaus in den allgemeinen Discussionen, und wenn diese nicht durch wohldurchdachte, sorgfältig präparirte Vorträge besonders qualificirter Referenten eröffnet werden, so wird sich nur in den seltensten Fällen eine wirklich fruchtbringende, auf weitere, grössere Gesichtspunkte hinstrebende Discussion ent-

wickeln. Es übernimmt daher derjenige, der das Ehrenamt des Einführenden acceptirt, unserer Ansicht nach damit die solenne Verpflichtung, dieses Amt thatsächlich auszufüllen! Nur die zwingendsten Gründe dürfen ihn ververanlassen, von demselben zurückzutreten; und sollte es ihm ganz unmöglich sein, demselben persönlich nachzukommen, nachdem er es einmal angenommen hat, so erwächst für ihn, wie uns scheint, die ganz directe Pflicht, entweder dem Bureau der Section so rechtzeitig Mittheilung von seiner Verhinderung zu machen, dass dasselbe einen anderen Referenten ernennen kann, oder aber, wenn die unausweichliche Verhinderung erst im letzten Augenblicke vor dem Beginn des Congresses eintreten sollte, das druckfertige Manuscript seines Vortrages dem Secretär der Section behufs Verlesung einzusenden. Wer aber, nachdem er das Ehrenamt einmal übernommen hat, im letzten Augenblick kurz und gut erklärt, er könne nicht kommen, oder gar ohne jede Erklärung und Entschuldigung einfach fortbleibt, der bringt nicht nur das Bureau um die Früchte seiner mühevollen Vorarbeiten, sondern schädigt direct die wissenschaftlichen Interessen seiner Section!

Es sollte daher, wie wir dies schon im Jahre 1884 ausgesprochen haben und jetzt noch nachdrücklicher wiederholen möchten, das Bureau der jeweiligen Section diejenigen, die es zur Uebernahme der einleitenden Vorträge auffordert, schon bei der Einladung darauf aufmerksam machen, dass die Annahme derselben eine Ehrenpflicht involvire, von deren persönlicher Erfüllung nur die dringendste Verhinderung entbände, und dass im Falle einer solchen Verhinderung der Betreffende entweder dem Bureau rechtzeitig genug Mittheilung machen müsse, um einen Stellvertreter beschaffen zu können, oder dass er, falls die Verhinderung erst im letzten Augenblick erfolge, sein druckfertiges Manuscript (nicht nur ein Resumé seiner Schlussfolgerungen) dem Secretär zur Verlesung einsenden müsse.

Der Nachdruck, welchen wir auf eine schärfere Regelung der vorstehenden Frage legen, wird unseren Lesern ohne Weiteres verständlich werden, wenn sie erfahren, dass bei dem eben stattgehabten Congresse von vierzehn officiell bestellten Referenten unserer Section nicht weniger als sieben — also die volle Hälfte — theilweise unentschuldigt nicht erschienen waren, und dass eine der allgemeinen Discussionen (diejenige über Anosmie) angesichts des Ausbleibens der beiden Referenten, welche sie einleiten sollten, einfach fortfallen musste!

Was nun die Thätigkeit der Section selbst anbelangt, so können wir unser vorbereitendes Comité nur auf das Wärmste zu der Geschicklichkeit beglückwünschen, mit welcher es die Themata der einleitenden Discussionen ausgewählt hatte. „Die Diagnose des Kehlkopfkrebses“, „Die eitrige Ethmoiditis“, „Die Indicationen, die Technik und die Resultate der Thyreotomie“, „Die spasmodischen Rhinitiden“, „Die Sängerknötchen“ — das alles sind Fragen, die gegenwärtig durchaus im Vordergrunde des specialistischen Interesses stehen, und die Lebhaftigkeit der Discussionen, welche sich an jedes einzelne dieser zur Besprechung gestellten Themata knüpften, bewies zur Evidenz, wie vorzüglich es dem Bureau gelungen war, die richtige Wahl zu treffen. Der Schreiber dieser Zeilen, der auf eine beträchtliche Anzahl von internationalen Congressen zurückblicken kann, er-

innert sich nicht, irgendwo so durchgehends lebhafte, wirklich internationale, ausnahmslos im urbansten Ton geführte Discussionen mitgemacht zu haben, wie bei dem eben beendeten Congresse. In manchen Punkten blieben freilich die Differenzen ungeschwächt bestehen (so hinsichtlich der intralaryngealen Behandlung des Kehlkopfkrebses, der Behandlung der spasmodischen Rhinitiden und der Sängerknötchen etc.); in anderen aber wurde die Atmosphäre beträchtlich geklärt (so besonders in der durch einen meisterhaften Vortrag Hajek's eingeleiteten Discussion über die eitrige Ethmoiditis). — Ueber alle diese Discussionen und über die grosse Anzahl privater Vorträge, die im Schoosse der Section stattfanden, wird ein Bericht von Dr. Jankelewitch (Bordeaux), der mit gütiger Genehmigung Dr. Moure's das für dessen „Revue hebdomadaire" gesammelte Material auch dem Centralblatt freundlichst zugute kommen lassen will, Details bringen.

Noch bleibt ein Punkt von grosser Wichtigkeit zu erwähnen.

In einer gemeinsamen Sitzung der beiden Sectionen für Laryngologie und Otologie, welche am 7. August unter dem Vorsitz Prof. B. Fränkel's stattfand, wurde die Resolution, betreffend die Stellung der Laryngologie bei künftigen internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie, welche unsere Leser am Schlusse des Leitartikels der letzten Julinummer abgedruckt finden, mit überwältigender Majorität angenommen, nachdem der Herausgeber des Centralblatts noch einmal kurz ihre Gründe auseinandergesetzt hatte, und Chiari vom laryngologischen, Hartmann vom otologischen Standpunkte seinen Ausführungen beigetreten waren. Gegen die Resolution sprach niemand. Wohl möchte es einer grösseren Minorität wünschenswerth gewesen sein, beide Sectionen in eine einzige zu verschmelzen; gegenüber dem riesigen Material aber, welches auch diesmal wieder jeder der beiden Sectionen vorlag, und zu dessen Erledigung es der täglichen vielstündigen und angestrengten Thätigkeit beider bedurfte, — konnten sich die einsichtigeren Anhänger der Verschmelzung nicht der Thatsache verschliessen, dass die Erfüllung ihrer persönlichen Wünsche die wissenschaftlichen Interessen beider Specialitäten schädigen würde. So ordneten sie denn diese Wünsche in anerkennenswerthester Weise dem Wohl des Ganzen unter.

Die Resolution wurde nach ihrer Annahme dem Generalsecretär des Congresses zur Mittheilung an das Organisationscomité des nächsten Congresses übermittelt. Dieser Congress wird Ostern 1903 in Madrid stattfinden. Es sind also gegenwärtig unsere spanischen Specialcollegen, für welche das alte Wort gilt: „Videant Consules, ne quid detrimenti capiat res publica!" — Was die Laryngologen der ganzen Welt thun konnten, um ihnen ihre Aufgabe zu erleichtern, haben sie gethan!

Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Medicamente etc.

1) **Wm. J. Cox. Eine allgemeine Betrachtung der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten. (A general consideration of diseases of ear, nose and throat.)** *Atlanta Journal Record of Medicine. November 1899.*

Das ganze Thema ist in einem Artikel von 500 Worten abgehandelt. Neues enthält derselbe nicht.

EMIL MAYER.

2) **Julius E. Klotz. Einiges über den otologischen, rhinologischen und laryngologischen Unterricht in Berlin und Wien. (A few notes on ear, nose and throat work as taught in Berlin and Vienna.)** *Canadian Practitioner and Review. December 1899.*

Trichloressigsäure wird sehr viel angewendet zur Verkleinerung nasaler Hypertrophien. Zur Abtragung von Adenoiden ist Kirstein's Adenotom vielfach in Gebrauch. Zur Entfernung der hypertrophischen hinteren Enden der unteren Muscheln wird in Chiari's Klinik eine neue Scheere benutzt, die Verf. beschreibt.

EMIL MAYER.

3) **Redact. Notiz. Parotitis und ihre nervösen Folgestörungen während der Schwangerschaft. (Parotitis and its nervous sequelae in pregnancy.)** *New York Lancet. November 1899.*

Die nervösen Folgestörungen sind Facialislähmung, periphere Neuritis mit Lähmungserscheinungen, ähnlich den nach Infectionskrankheiten auftretenden, schliesslich meningeale und cerebrale Entzündungen.

EMIL MAYER.

4) **George E. Armstrong. Persistenz des Ductus thyroglossus. (Persistent thyro-glossal duct.)** *Annals of Surgery. December 1899.*

Eine kleine Erhebung von etwa Erbsengrösse war in der Mittellinie des Halses, etwa 3 cm unter dem Zungenbein, sichtbar. Dieselbe vergrösserte sich, und es traten die Zeichen der Entzündung auf. Der Tumor wurde weich und fluctuirend. Verf. incidirte und curettirte, aber die Geschwulst recidivirte bald. Bei dem zweiten Eingriff constatirte A. das Vorhandensein einer Cyste und konnte eine feine Silbersonde in einen Gang nach oben bis zum Zungenbein schieben. Der Gang, der 3 cm lang war, wurde gespalten, und nun heilte die Wunde ohne Recidiv.

EMIL MAYER.

5) **Carl Ludwig Schleich. Ueber vergrösserte Drüsen bei Kindern. (On enlarged glands in children.)** *Pediatrics. 1. October 1899.*

Verf. ist der Ansicht, dass in viel zu zahlreichen Fällen die Totalexstirpation gemacht wird, während die methodische Enucleation oder einfache Incision ausreichend sein würden. Die Exstirpation von Lymphdrüsen bei Kindern mit lymphatischer Dyscrasie ist ein Fehler, da eine constitutionelle Erkrankung, nicht

ein locales Leiden vorliegt. Bei käsiger Hyperplasie ist die Enucleation angebracht, wenn Fetternährung, Jodkali und Quecksilberpräparate nicht zur Resolution führen. Einfacher Abscess erfordert die Incision und Tamponade, während bei multiplen Eiterungen die sorgfältige Exstirpation der Herde angebracht ist, jedoch ohne Versuch, die adhärente Kapsel mit zu excidiren. Nur bei tumorartigen Schwellungen der Drüsen ist die Radicaloperation angezeigt. EMIL MAYER.

6) **F. W. Campbell. Klinische Beobachtungen. (Notes from the clinic.)** *Canada Medical Record. October 1899.*

Neben einigen interessanten laryngologischen Fällen führt Verf. einen Fall von schwerem Singultus an, der durch Darreichung von 2,0 g reinen Aethers in 1 Weinglas Wasser rasch geheilt wurde. EMIL MAYER.

7) **Chavas. Die gutartige Mykose der oberen Luftwege; ihre Beziehungen zur Caries der Zähne, ihre Ursachen und Behandlung. (Mycosis bénin des voies respiratoires supérieures. Ses relations avec la carie dentaire. Causes et traitement.)** *Thèse de Lyon. 1899.*

Ch. giebt eine gründliche Beschreibung des von B. Fränkel zuerst beschriebenen, heute wohl bekannten Krankheitsbildes. Unter den Ursachen dieser Affection zählt Verf. die Fermentationen im Munde und die Acidität des Speichels auf. Zur Behandlung ist erforderlich Entfernung der mykotischen Hervorragungen, antiseptische Gurgelungen, Bürsten der Zähne und Cauterisationen mit dem Galvanocauter. PAUL RAUGÉ.

8) **Redact. Notiz. Gegen Soor. (Parasitäre Stomatitis.) (For thrush.) (Parasitic stomatitis.)** *Pennsylvania Medical Journal. October 1899.*

Rp. Natrii borat. 4,0
Glycerin. 8,0
Aquae 24,0.

M. D. S. Mit weichem Pinsel mehrmals täglich aufzupinseln. EMIL MAYER.

9) **Martin Friedrich. Ein Fall von Rotz. (A case of glanders.)** *Bulletin of the Cleveland General Hospital. Juli 1899. Phil. Med. Journal. 28. October 1899.*

Krankengeschichte eines Falles dieser beim Menschen seltenen Affection. Der Bacillus mallei wurde culturell nachgewiesen. EMIL MAYER.

10) **Türk. Pseudoleukämie und Lymphosarkomatose.** Aus der II. Wiener med. Klinik. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 40. 1899.*

T. will u. a. den Namen Pseudoleukämie, dem kein einheitlicher Krankheitsbegriff entspricht, aus der Pathologie vollständig eliminiren und alle unter dieser Bezeichnung gehenden Krankheitsformen der Lymphosarkomatose zurechnen.

CHIARI.

11) **L. M. Bonnet** (Lyon). **Thymus und plötzlicher Tod. (Thymus et mort subite.)** *Province médicale. 9.—23. September 1899.*

In einer ausführlichen Mittheilung bespricht B. die Störungen der Athmung durch Vergrösserung der Thymusdrüse. Er unterscheidet:

1. Die angeborene Hypertrophie. Dieselbe kann das Eintreten der Athmung vollständig verhindern, eine Thatsache, die vom gerichtsärztlichen Standpunkte Bedeutung hat. Sie kann eine Behinderung der Athmung setzen. die von der Geburt an besteht und allmälig mit der Rückbildung der Drüse verschwindet (angeborener Larynxstridor). Sie kann schliesslich eine progressive Dyspnoe verschulden, die sich bis zum Exitus steigert. Der Tod erfolgt bisweilen plötzlich, theils spontan, theils durch eine Gelegenheitsursache (Narkose, Intoxication oder anderes) verschuldet.

2. Die intra vitam erfolgende rasche Zunahme der Thymusdrüse. Dieselbe führt zum Tode a) durch zunehmende Dyspnoe, was seltener der Fall ist, b) durch plötzlichen Exitus; derselbe kommt recht häufig zur Beobachtung. Der plötzliche Tod nach Operationen ist sein häufigstes Beispiel.

PAUL RAUGÉ.

12) **H. D. Rolleston. Vergrösserte Thymusdrüse und plötzlicher Tod. (Enlarged thymus gland and sudden death.)** *Archives Pediatrics. November 1899.*

Verf. kommt zu dem Schluss: dass eine vergrösserte Thymus die Trachea comprimiren kann, besonders wenn Kopf und Hals ausgestreckt werden, und dadurch Asphyxie herbeizuführen vermag; dass sie auch das Herz und möglicherweise die Vagi mechanisch comprimiren kann und dadurch zu Herzschwäche zu führen vermag; dass sie schliesslich eine Theilerscheinung des Status lymphaticus sein kann, bei dem der plötliche Tod nicht zu den Seltenheiten gehört — dass aber eine vergrösserte Thymusdrüse auch als accidenteller Befund bei Fällen von plötzlichem Exitus vorkommen kann, z. B. bei Laryngismus.

EMIL MAYER.

13) **M. Laub. Klinische Beiträge zur Lehre vom Status thymicus.** Aus der II. med. Abtheilung der k. k. Krankenanstalt Rudolfstiftung in Wien. *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1899.*

Jene Fälle, in denen Individuen mit einer lymphatisch-chlorotischen Constitutionsanomalie belastet sind und sich wegen ihrer grösseren Vulnerabilität im labilen Gleichgewicht befinden, subsumirt L. unter der Bezeichnung: cerebraler Typus des Status thymicus. Die Diagnose gewinnt an Sicherheit, wenn Vergrösserung der Follikel im Nasenrachenraum, dem Zungengrund sowie der Milz nachweisbar sind.

CHIARI.

14) **Blair. Benzoinol und Resorcin bei Halskrankheiten. (Benzoinol and resorcin in diseases of the throat.)** *N. Y. Medical News. 4. November 1899.*

Verf. hat die verschiedenen Mischungen von Benzoinol und Resorcin geprüft und folgende Lösung als die beste befunden.

Resorcin 4,8
Eucalyptol 0,6
Menthol 1,2
Benzoinol 120,0.

Diese Mischung besitzt die glättenden Eigenschaften des Benzoinols und wirkt gleichzeitig durch den Resorcin-, Menthol- und Encalyptolzusatz anästhetisch, analgetisch und heilend. Verf. hat sie bei Keuchhusten als Hals- und

Nasenspray mit Nutzen angewendet; ebenso war sie bei Heufieber und Asthma nützlich. Bei acuter Laryngitis und Aphonie ersetzt diese Lösung das Cocain, dem sie durch ihren Mangel an Giftigkeit überlegen ist. LEFFERTS.

15) **Heim** (Wien). **Klinische Versuche über die Wirkung des Dionins.** *Klinisch-therapeutische Wochenschr. No. 46. 1899.*

Nach den Beobachtungen H.'s steht Dionin in Bezug auf seine Wirkung zwischen Codein und Morphium und ist als Anodynum, Hypnoticum und Sedativum zu empfehlen. Unangenehme Nebenwirkungen wurden vor allem bei Erkranken des Herzmuskels beobachtet, sonst jedoch nicht. CHIARI.

16) **Goldmann** (Wien). **Zur medicamentösen Therapie des Asthma bronchiale.** *Wiener med. Wochenschr. No. 43. 1899.*

G. empfiehlt „Neumaier's Asthmapulver", welches Datur. Strammon., Lobel. inflat., Natr. nitros., Kal. nitr., Kal. jodat. und Sachar. alb. enthält. Ein Theelöffel dieses Präparats wird auf einer Tasse verbrannt und die Dämpfe werden langsam eingeathmet. CHIARI.

17) **W. M. Young. Narkotica durch die Tracheotomiecanüle gegeben. (Anaesthetics through a tracheotomy tube.)** *Brit. Med. Journ. 24. Juni 1899.*

Das eine Ende eines gewöhnlichen Drainrohrs aus Hartgummi wird in die Tracheotomiecanüle eingeführt; vor das andere Ende, das 7—8 Zoll auf die Brust des Patienten herabreicht, wird die Maske gehalten. ADOLPH BRONNER.

18) **Sänger. Welchen Werth hat das Gurgeln?** *Münchner medic. Wochenschr. No. 8. 1899.*

S. vindicirt dem Gurgeln einen sehr geringen Werth, zumal er durch mehrere sehr sinnreiche Verfahren fand, dass in der Regel nur die vor den vorderen Gaumenbögen gelegenen Theile und nur ausnahmsweise die hinter denselben befindlichen Partien von der Gurgelflüssigkeit bespült werden. Ferner sei das Gurgeln bei den acuten Affectionen zu unterlassen, damit die erkrankten Theile ruhig gestellt werden könnten. SCHECH.

19) **Redact. Notiz. Der wahre Werth des Gurgelns. (The true value of gargling.)** *N. Y. Med. Record. 4. November 1899.*

Durch Gurgeln in der üblichen Weise werden nur die obere vordere Fläche der Uvula, der weiche Gaumen und die Zungenbasis berührt. Die Methode, die Nase beim Gurgeln zuzuhalten und den Kopf nach hinten über zu beugen, ermöglicht es, die Gurgelflüssigkeit an jeden Theil des Phaynx zu bringen. Der Werth dieses Verfahrens kann deutlich erwiesen werden, wenn man die hintere Pharynxwand mit einer concentrirten Methylenblaulösung bestreicht. Gurgelt man in der üblichen Weise mit Wasser, so kommt dasselbe klar und unverfärbt zurück; lässt man dann den Patienten wiederum gurgeln und zwar in der oben beschriebenen Weise, dann erscheint die Flüssigkeit blau wieder. LEFFERTS

20) **Wadsworth Warren. Die X-Strahlen in der Laryngologie. (Laryngological X-ray work.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 14. October 1899. The Medical Age. 25. October 1899.*

Die Röntgenstrahlen wurden bisher verwerthet zur Localisirung von Fremdkörpern, zum Nachweis der Ossification der Kehlkopf- und Trachealknorpel, bei der Diagnose intrathoracischer Geschwülste und zur Frühdiagnose tuberculöser Processe in der Lunge. Der Verf. berichtet über 2 Fälle, in denen er Röntgenstrahlen verwendete. Im ersten wies er einen Fremdkörper in der Höhe des 3. Trachealringes nach: im zweiten handelte es sich um einen festen Tumor im Mediastinum, wahrscheinlich ein peribronchiales Lymphdrüsenpacket, neben und hinter dem Oesophagus.

EMIL MAYER.

21) **Thurnwald** (Wien). **Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Lupus im Gesicht.** Demonstrat. in der k. k. Ges. der Aerzte in Wien vom 10. November 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1899.*

Der Vortragende berichtet über einen sehr günstigen Erfolg mit obiger Therapie.

CHIARI.

22) **A. Kuipers** (Assen). **Zwei Fälle von Lupus faciei, geheilt durch Behandlung mit Röntgenstrahlen. (Twee gevallen van lupus faciei, genezen door behandeling met Röntgen-stralen.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 18. 1899.*

Drei Fälle von Lupus der Nase und des Gesichts, wo nach vielen radiotherapeutischen Sitzungen Genesung resp. bedeutende Besserung eintrat.

H. BURGER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

23) **Zuckerkandl. Ueber die Entwicklung der Concha bullosa.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 10. 1899.*

Detaillirte anatomische Arbeit, die im Original gelesen werden muss.

SCHECH.

24) **R. E. Moss. Die Bedeutung der Nasenathmung in der frühen Kindheit. (The importance of nasal breathing in early childhood.)** *Texas Med. Journ. November 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

25) **Otto J. Stein. Die Hygiene der Nase. (The hygiene of the nose.)** *Gaillard's Medical Journal. November 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

26) **P. Viollet. Der Koch'sche Bacill und der Nasenschleim. (Bacille de Koch et mucus nasal.)** *Société de Biologie. 27. December 1899.*

V. impfte Tuberkelbacillen in die Nasenhöhle von Meerschweinchen. Diese starben 4—5 Wochen später an tuberculöser Infection. Der Nasenschleim enthielt Koch'sche Bacillen, wodurch seine baktericide Inactivität erwiesen ist.

PAUL RAUGÉ.



27) **Carl Seiler. Gesichtseruptionen infolge intranasaler Erkrankung. (Facial eruptions due to intranasal disease.)** *N. Y. Med. Record 19. August 1899.*

Seit der Einführung des Cocains in die intra-nasale Chirurgie und seit der unmässigen Anwendung desselben durch Laien zu temporärer Beseitigung von Nasenverstopfung sind Gesichtseruptionen so häufig geworden, dass sie die Aufmerksamkeit der Rhinologen auf sich gelenkt haben. Die Erfahrung lehrt, dass die Ausstopfung der Nase mit Wattetampons und die durch Cocain bedingte Zusammenziehung der Capillaren der Nasenschleimhaut eine correspondirende Hyperämie der Gesichtshaut anregen.

Acne rosacea wurde im Verein mit Rhinitis atrophicans häufiger beobachtet als Acne punctata, welch letztere sich öfters mit der hypertrophischen Form der Rhinitis combinirt.

LEFFERTS.

28) **M. Hodara. Subnasale Sycosis. (Subnasal sycosis.)** *N. Y. Medical Record. 2. December 1899.*

Lanolin.
Vaselin. ana 20
Glycerin. 10
Saccharin. 20
Sulphur. 10
Zinc. oxyd. 20.
M. f. pasta.

LEFFERTS.

29) **Ernest Wende** und **Grover William Wende. Rhinophym. (Rhinophyma.)** *Buffalo Medical Journal. October 1899.*

Die Erkrankung begann in dem vorgestellten Falle mit einem Erythem, es folgte eine dauernde Hyperämie der fibrösen Gewebe und schliesslich die jetzt vorhandene erhebliche Hypertrophie. Als Ursache sehen die Verff. den reichlichen Biergenuss an.

EMIL MAYER.

30) **Duret. Wiederherstellung der Nasenöffnungen, die durch lupöses Narbengewebe zur Obliteration gebracht sind. (Restaurations des cicatrices lupiques obliterant des orifices du nez.)** *Nord medical. 1. April 1899.*

D. berichtet über 3 Fälle, in denen lupöses Narbengewebe eine fast totale Atresie der Nasenöffnungen herbeigeführt hatte. Er entfernte die narbigen Partien und ersetzte sie durch Lappen, die er aus der Stirn und von den Wangen nahm. In zwei Fällen erzielte er ein sehr befriedigendes Resultat; im dritten Falle trat Nekrose des Lappens ein.

A. CARTAZ.

31) **Berger** (Paris). **Rhinoplastik nach der modificirten italienischen Methode. (Rhinoplastie par la méthode italienne modifiée.)** *Académie de Médecine. 11. Juli 1899.*

B. hat 4 Kranke nach der Methode von Tagliacozzi operirt. Zur Erleichterung der Fixation des Armes am Kopfe hat er besondere Apparate construirt. Der Arm muss mindestens 8 Tage in der Fixation erhalten bleiben; zu frühe Abtrennung des Stiels führt zur Gangrän des Lappens.

PAUL RAUGÉ.

32) **P. Berger. Rhinoplastik nach italienischer Methode; Krankenvorstellung. (Rhinoplastie par la methode italienne. Présentation de malades.)** *Bulletin de Laryngologie. September 1899.*

B. stellt der Académie de médecine mehrere Kranke vor, bei denen er plastische Operationen an der Nase nach der italienischen Methode ausgeführt hat. Das Resultat ist im Allgemeinen vorzüglich. Die Methode ist vor allem für Kinder und junge Leute empfehlenswerth. Die Ermüdung, welche die lange Fixation der oberen Extremität an dem Kopfe mit sich bringt, lässt sie nur für rigoröse Personen mit gutem Allgemeinzustand geeignet erscheinen. E. J. MOURE.

33) **E. B. Gleason. Die Lokalbehandlung des Erkältungsschnupfens. (The local treatment of a cold in the head.)** *The Med. Council. Sept. 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

34) **Moure. Zur Behandlung der exsudativen Coryza. (An application for exudative coryza.)** *N. Y. Med. Journal. 9. October 1899.*

Rp. Jodi 0,09
Kalii jodati 0,225
Acid. carbol. 0,45
Laudani 0,90
Glycerin. 40,5.

M. D. S. Mit einem Kameelhaarpinsel in die Nase einzupinseln. LEFFERTS.

35) **Gaston. Die Rolle der Coryza bei der Sterblichkeit syphilitischer Neugeborener. (Du rôle du coryza dans la mortalité des nouveaux-nés syphilitiques.)** *Société de Pédiatrie. 10. October 1899.*

Die Schwere dieser Affection bei kleinen Kindern liegt in der Enge der Nasenwege. Die locale Behandlung ist darum besonders wichtig. Dieselbe soll in Ausspülungen und Lufteinblasungen mit dem Politzer'schen Ballon bestehen. PAUL RAUGÉ.

36) **W. Freudenthal. Hydrorrhoea nasalis. (Hydrorrhoea nasalis.)** *New Yorker med. Wochenschr. October 1899.*

F. legt 120 ccm der Flüssigkeit vor, die dem Pat. aus der Nase träufelt. EMIL MAYER.

37) **T. Fisher. Cerebrospinale Rhinorrhoe. (Cerebrospinal rhinorrhoe.)** *Brit. Med. Journal. 18. November 1899.*

Kurze Krankengeschichte. 4jähriger Knabe, seit 4 Monaten krank, auf Meningitis behandelt. War ganz blind und schlaflos. Nachdem mehrere Tage eine klare Flüssigkeit in reichlicher Menge aus der Nase abgeflossen, zeigte sich eine ausgesprochene Besserung. ADOLPH BRONNER.

38) **Cl. Bernoud** und **M. Péhu** (Lyon). **Typhöses Geschwür der Nase mit reichlicher Blutung. (Ulcère typhique du nez avec hémorrhagie abondante.)** *Province Médicale. 16. Juli 1899.*

27jährige Frau, früher nicht krank, bekommt einen Typhus und im Verlaufe desselben Blutbrechen und Melaena, die sich als Folge von Ruptur einer Arterie

der Nasenscheidewand herausstellen. Die Beobachtung ist nach zwei Richtungen interessant: 1. wegen der Ulceration in der Nase bei Typhus an sich und 2. wegen der Schwierigkeit der Diagnose, da alles Blut verschluckt wurde und nichts aus der Nase herausfloss.

PAUL RAUGÉ.

39) **Otto J. Stein. Ein Fall von Erysipel der Nase und Kieferhöhle complicirt mit Gesichtserysipel. (A case of erysipelas of the nose and maxillary sinus complicated by facial erysipelas.)** *Chicago Medical Recorder. November 1899.*

Die Ueberschrift erklärt den Inhalt.

EMIL MAYER.

40) **A. A. G. Guye** (Amsterdam). **Ueber Aprosexia nasalis, mit besonderer Berücksichtigung der Literatur. (Over aprosexia nasalis, in verband met de literatuur over dat onderwerp.)** *Geneesk. Bladen. V. No. 12.*

Historischer Ueberblick, in welchem G. darauf hinweist, dass die grosse Mehrzahl der Autoren sowohl den Begriff der Aprosexia wie auch des Autors Erklärung desselben acceptirt hat. Er bespricht dann die abweichenden Meinungen von Schutter, der die Aprosexia als eine Folge von verlangsamter Circulation in Cranio durch die oberflächliche Athmung der Mundathmer auffasst; von Zarniko, der die Aprosexia als eine Form nasaler Neurasthenie betrachtet; von Stephan Titeff, welcher die Aprosexia auf Rechnung der von den adenoiden Vegetationen bedingten Schwerhörigkeit schreibt, und von Walker Downie, der das Leiden auf mehr psychologischem Wege erklärt, indem er annimmt, dass die oberflächliche Athmung das für die Aufmerksamkeit nothwendige Anhalten des Athems verbietet und dadurch Ursache von Aprosexie werden kann. Sämmtliche Meinungen werden von G. ausführlich widerlegt.

H. BURGER.

41) **Royet** (Lyon). **Ein Schleimpolyp der Nasenhöhle. (Polype muqueux des fosses nasales.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. Mai 1899.*

Der Tumor hatte in seinem Centrum ein nadelförmiges Stück von echtem Knochen. R. glaubt diese Bildung zurückführen zu müssen auf die Ossification von einem bei früheren Exstirpationsversuchen mit der Zange losgelösten Stück Periosts. Er verwirft mit Recht die Anwendung dieses Instruments zur Behandlung von Schleimpolypen der Nase.

PAUL RAUGÉ.

42) **Albertin** (Lyon). **Umklappen der Nase wegen Nasenpolypen. (Abaissement du nez pour polype nasal.)** *Soc. de Med. de Lyon. 4. December 1899.*

A. stellt einen Kranken vor, den er wegen eines umfangreichen Tumors der Aussenwand der linken Nasenhöhle nach Ollier's Methode operirt hat. Das Resultat ist vorzüglich, insbesondere auch vom ästhetischen Gesichtspunkte.

PAUL RAUGÉ.

43) **G. Martuscelli. Einfaches Angiom der Nasenhöhle. (Angioma simplice della fossa nasale.)** *Arch. Ital. di Laringol. Naples. April 1899.*

Ein haselnussgrosser Tumor, der mit einem kurzen dicken Stiel am vorderen Ende der rechten mittleren Nasenmuschel haftete. Derselbe wurde von Prof. Massei mit der kalten Schlinge abgetragen. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein einfaches Angiom handelte.

JAMES DONELAN.

44) **Rivière** (Lyon). **Osteome der Nasenhöhlen. (Ostéomes des fosses nasales.)** *Congrès de Chirurgie. 16.—21. October 1899.*

Bei einer Patientin, die seit 6 Jahren wegen Ozaena in Behandlung ist, wurden 6 Osteome von Erbsen- bis klein Nussgrösse aus der Nase exstirpirt.

PAUL RAUGÉ.

45) **Vymola** (Prag). **Rhinosclerom.** Verein böhmischer Aerzte in Prag, Sitzung vom 20. November 1899. — *Wiener klin. Rundschau. No. 51. 1899.*

Demonstration eines Falles von Sklerom der Nase und des Kehlkopfes, welcher der Seruminjection zugeführt wird.

CHIARI.

46) **J. Gourdiat. Beitrag zum Studium der malignen Geschwülste und der tuberculösen Pseudo-Neubildungen der Nasenhöhle. (Contribution à l'étude des tumeurs malignes et des pseudo-néoplasmes tuberculeux des fosses nasales.)** *Thèse de Lyon. 1897.*

In der unter Garel's Leitung gearbeiteten Doctordissertation kommt G. zu folgenden Schlüssen:

1. Die malignen Geschwülste der Nase sind ziemlich häufig. Dieselben sind Epitheliome, Adenome oder Mischgeschwülste. Sie entstehen primär oder durch Degeneration oder Propagation.

2. Diese Tumoren sind selten gestielt; im Allgemeinen sind sie breitbasig und diffus.

3. Die Prognose ist ernst a) wegen der Natur der Geschwulst, b) wegen der möglichen Complicationen, c) wegen der Schwierigkeit der Operation.

4. Die Diagnose ist schwierig und erfordert die histologische Untersuchung.

5. Die Behandlung muss frühzeitig eingreifen und radical sein.

Wenn bei gewissen gestielten Formen die Abtragung per vias naturales genügen kann, so ist es in den meisten Fällen nöthig, vorbereitende Eingriffe zu machen. Die hauptsächlichen Methoden, die für diesen Zweck vorgeschlagen wurden, sind die von Chassaignac, Verneuil, Rouge und schliesslich die von Ollier, die am meisten zu empfehlen ist. Der Weg vom Gaumen oder von der Wange her ist nur selten indicirt.

6. Die Hauptvortheile des Ollier'schen Verfahrens (Herunterklappen der Nase durch bilaterale verticale Osteotomie) sind:

a) Der breite Einblick, der sich in die obere Partie der Nasenhöhle eröffnet;

b) die Leichtigkeit und Gutartigkeit der Operation;

c) die geringe Bedeutung der Narbe, die zurückbleibt;

d) die Leichtigkeit der Blutstillung, ein Punkt, der gerade bei den malignen Tumoren die grösste Wichtigkeit hat.

7. Die grossen Operationen geben selten dauernde Heilung, mit Sicherheit aber palliative Resultate (Freiwerden der Nasenathmung, Besserung des Gesammtzustandes), die den Eingriff rechtfertigen.

Die Statistik, die bisher sehr trübe ist, scheint sich zu bessern, seit die Diagnose frühzeitiger gestellt wird und die Operation radicaler geworden ist.

PAUL RAUGÉ.



47) **J. B. Shelmire. Zwei Fälle von Epitheliom. (Two cases of epithelioma.)** *The Texas Clinic. November 1899.*

Ein Fall von Nasenepitheliom und ein zweiter von Epitheliom der Wange. Bei beiden wurden Aetzpasten applicirt. Der erste recidivirte nach 16 Monaten, der zweite nach 6 Monaten.

EMIL MAYER.

48) **M. J. Coomes. Zwei Fälle, in denen der klinische Befund und die mikroskopische Untersuchung irre führten. (Two cases in which the ordinary clinical evidences and microscopical examination were misleading.)** *Americ. Practitioner and News. 1. October 1899.*

In dem zweiten Fall wurde ein Sarcom der Nase diagnosticirt; der mikroskopische Befund war der eines Sarcoms aus kleinen Rundzellen. Die Geschwulst wurde exstirpirt. Da kein Recidiv erfolgte, schliesst Verf., dass eine Differentialdiagnose zwischen Granulationsgewebe und kleinzelligem Sarcom nicht sicher zu stellen ist.

EMIL MAYER.

49) **Frémont** und **Demerliac** (Caen). **Nasensarcom geheilt durch Electrolyse. (Sarcome nasal guéri par électrolyse.)** *Année Médicale. 15. Juni 1899.*

Die Verff. beobachteten Heilung eines umfangreichen Sarcoms, das die ganze linke Nasenhöhle einnahm, durch die bipolare Elektrolyse mit Einlegung beider Elektroden in die Insertionsstelle des Tumors. Der Strom wurde von 0 auf 90 Milliampères gesteigert, dann intervertirt und allmälig auf 80 Milliampères gebracht. Nach 2 Monaten war die Geschwulst verschwunden; ein Recidiv ist nach Jahresfrist nicht eingetreten.

PAUL RAUGÉ.

50) **Hoell Tyler. Ein Zahn in der Nasenhöhle. (A tooth in the nasal cavity.)** *Southern California Practitioner. Juni 1899.*

Der Pat., der die normale Zahl von Zähnen im Kiefer besass, hatte einen überzähligen Zahn, welcher vom Nasenseptum aus wuchs. Derselbe sah einer Dens canina gleich und erstreckte sich horizontal durch die Nasenhöhle direct am Boden derselben; seine Spitze steckte in der unteren Muschel. Er wurde mit dem Bohrer entfernt.

EMIL MAYER.

51) **D. S. Humphreys. Entfernung eines Fremdkörpers aus der Nase. (Removal of a foreign body from the nose.)** *N. Y. Med. Record. 2. Dec. 1899.*

H. entfernte den Fremdkörper, indem er den Politzer'schen Ballon in die andere Nasenseite einführte und plötzlich stark zusammendrückte.

LEFFERTS.

52) **E. Sturrock. Eine Methode zur Entfernung von Fremdkörpern aus Nase und Ohr. (A method for the removal of foreign bodies from the nose and ear.)** *Brit. Med. Journal. 25. November 1899.*

Ein Stück Hartgummirohr wird auf eine dichte Spritze aufgesetzt, sein äusserstes Ende in Glycerin getaucht und dann in die Nase eingeführt, bis es den Fremdkörper berührt. Die Spritze wird nun ausgezogen und der Fremdkörper dadurch an das Rohr angesaugt, sodass beide zusammen herausgezogen werden können.

ADOLPH BRONNER.

53) **J. C. Thompson. Fremdkörper in der Nase. (Foreign body in the nares.)** *Philad. Medical Journal. 14. October 1899.*

Ein Getreidekorn wurde mit vieler Mühe aus der Nase eines Kindes entfernt.

EMIL MAYER.

54) **J. A. Stucky. Die Chirurgie der Nasenmuscheln. (Surgery of the turbinated bones.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 14. October 1899.*

Das erste und wichtigste Gebot bei allen intranasalen Operationen ist, nur soviel von den Geweben zu entfernen, als absolut nothwendig ist. Für die Exstirpation eines Theiles oder der ganzen mittleren Muschel ist die Scheere das geeignetste Instrument, und zwar ist die von C. R. Holmes angegebene am meisten zu empfehlen. Die verschiedenen Zangen, Schlingen, Turbinotome u. a. m. sind nur ausnahmsweise zu gebrauchen. Für die Operation der unteren Muschel benutzt S. ein Scalpell mit schmalem Blatt, die Säge und eine feste gerade Scheere. Er schneidet mit dem Scalpell durch die Weichtheile dem Rand der Muschel entlang und legt den Knochen bloss, indem er den Messerrücken zum Schaben benutzt. Der Knochen wird dann mit der Scheere durchschnitten oder, wenn er zu fest ist, durchsägt.

EMIL MAYER.

55) **Baumgarten** (Budapest). **Die blutige Behandlung der Hypertrophien des chronischen Nasencatarrhs.** *Wiener med. Presse. No. 46. 1899.*

Für den Specialisten nichts Neues. — B. bedient sich bei grossen Hypertrophien gern der Scheere.

CHIARI.

56) **Edwin Pynchon. Die pathologische mittlere Muschel. (The offending middle turbinal.)** *The Laryngoscope. September 1899.*

Einen Theil der erkrankten mittleren Muschel entfernt Verf. mit einer geschützten Trephine, die abhängige Partie derselben nimmt er mit der Nasenscheere und der kalten Schlinge fort.

EMIL MAYER.

57) **C. A. Crainton. Die Wichtigkeit der operativen Behandlung von Nase und Hals. (Importance of operative treatment of nose and throat.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 4. November 1899.*

Trotz allem, was über den kritiklosen Gebrauch des Galvanocauters in der Nase gesagt worden ist, empfiehlt der Verf. denselben in einer Arbeit, die für den allgemeinen Praktiker geschrieben worden ist, auf das Wärmste.

EMIL MAYER.

58) **G. V. Woolen. Einige Indicationen intranasaler Chirurgie. (Some phases of intranasal surgery.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 30. December 1899.*

Intranasale Eingriffe sollen unternommen werden: zur Herstellung nasaler Athmung und Besserung von Krankheiten der Athemwege; um Abfluss zu schaffen für die Nase und ihre Nebenhöhlen; um Reizung durch Druck und locale Hyperästhesie zu beseitigen; um eine locale Medication möglich und erfolgreich zu machen; um Gehör- und Stimmstörungen zu beseitigen; schliesslich zur Entfernung maligner Geschwülste.

EMIL MAYER.

59) **S. Flatau** (Berlin). **Die radicale Operation des knöchernen Choanalverschlusses.** *Wiener klin. Rundschau. No. 40. 1899.*

F. resecirte zuerst die sehr grosse, fast bis an das Septum reichende untere Muschel und meisselte sodann, unter Digitalcontrole vom Nasenrachenraum her, die Knochenplatte, die die rechte Choane verschloss, durch. Heilung. — F. räth auch bei doppelseitigem Choanalverschlusse das von ihm geübte Verfahren einzuschlagen.

CHIARI.

60) **Geo L. Richards. Die kleine Chirurgie der Nase und des Halses. (The minor surgery of the nose and throat.)** *International Journal of Surgery. October 1899.*

Der Verf. zählt eine Reihe von Eingriffen auf, die der allgemeine Praktiker selbst leicht ausüben kann; dazu gehören die Cauterisation der Muscheln, das Abschnüren von Polypen, vordere und hintere Tamponade bei Blutung, Chromsäure- und galvanocaustische Aetzung bei folliculärer Pharingitis etc. (In dieser Allgemeinheit gegebene Rathschläge sind unpraktisch und zu verwerfen. Ref.)

EMIL MAYER.

61) **Edmund Wertheim. Complicationen nach intranasalen Operationen. (Complications following intranasal operations.)** *Archives of Otology. August 1899.*

Postoperative Infection kann local sein, d. i. beschränkt auf das Operationsfeld und seine unmittelbare Umgebung, oder sie ist allgemein, indem die Bakterien durch die Lymphbahnen oder die Blutgefässe sich verbreiten. Die Eingriffe müssen vollkommen aseptisch vorgenommen werden, da die Gefahr in der Einbringung von Keimen von aussen her liegt; die in der Nase selbst befindlichen Mikroorganismen sind gewöhnlich infolge der natürlichen Schutzvorrichtungen der Nase unschädlich.

EMIL MAYER.

62) **H. O. Pantzer. Die Nase als ursächliches Moment bei postoperativer Erkrankung. (The nose a factor of post-operative disease.)** *American Journ. of Obstetrics. November 1899.*

P. berichtet über einen Fall von Septicämie, die, wie er glaubt, in der Nase ihren Ursprung hatte, nach einer Colotomie. Er will nasale Complicationen bei 30 pCt. seiner operirten Fälle beobachtet haben.

EMIL MAYER.

63) **W. S. Laton. Einige Missbräuche in der Nasenchirurgie. (Some abuses in nasal surgery.)** *The Medical Dial. September 1899. North Carolina Med. Journal. 20. October 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

64) **Dunbar Roy. Einige Fehlschlüsse in der modernen Therapie der Nasen- und Halskrankheiten. (Some fallacies in the modern treatment of nose and throat diseases.)** *N. Y. Med. News. 19. August 1899.*

Der Spray und der Galvanocauter werden nach R.'s Ansicht zu oft und ohne scharfe Indicationsstellung benutzt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).



65) **T. A. Mullen. Ueber den Missbrauch des Galvanocauters in der Nase. (Abuse of the galvano-cautery in the nose.)** *Southwestern Medical Record. Juli 1899.*

Verf. empfiehlt äusserste Vorsicht beim Gebrauch des Galvanocauters in der Nase; man soll nur dann und so lange brennen, als man sieht. EMIL MAYER.

66) **Courtade** (Madrid). **Ueber das Tamponiren der Nasenhöhlen mit einer neuen Sonde. (Sobre el taponamiento de las fosas nasales con una nueva sonda.)** *Revist. de Medic., Cirug. y Farmac. No. 11. 1899.*

Genannte Sonde ist eine verbesserte Modification der Belloc'schen Sonde. Ihre leichte Einführung in die Nasenhöhle und die augenblickliche Befestigung des Fadens des Tampons geben ihr der andern gegenüber den Vorzug.

R. BOTEY.

67) **G. d'Ajutolo** (Bologna). **Ueber den Nutzen der Federposen in der nasalen und nasopharyngealen Therapie. (Dell'uso delle barbe di penna nella terapia delle fosse nasali e del naso-faringe.)** *Archiv. Ital. di Otol., Rinol. e di Laringol. Turin. Vol. IX. p. 194. 1899.*

Verf. berichtet sehr eingehend über den Nutzen der Federposen zum Zweck einer schnellen Reinigung der Nase und des Nasenrachenraums. Besonders werthvoll soll die stimulirende Wirkung auf die Schleimhaut bei Ozaena sein.

JAMES DONELAN.

68) **Ernest Brown. Eine Nasenschlinge. (A nasal snare.)**

Abbildung und Beschreibung der Schlinge; dieselbe ist von Mayer und Meltzer in London zu beziehen. ADOLPH BRONNER.

69) **W. Wingrave. Aseptische Nasen- und Ohrenspritze zum Selbstgebrauch. (Aseptic aural and nasal syringe for self use.)** *Lancet. 6. Mai 1899.*

Abbildung und Beschreibung der bei Mayer und Meltzer in London gefertigten Spritze. ADOLPH BRONNER.

70) **Heilmaier** (Kleinwellstadt). **Beitrag zur Frage des Zusammenhanges von Augen- und Nasenerkrankungen.** Dissert. Würzburg 1899.

In der vorliegenden Dissertation werden die Ergebnisse der von Seifert seit vielen Jahren in der Würzburger Augenklinik angestellten Untersuchungen über den Zusammenhang von Nasen- und Augenerkrankungen zusammengefasst.

SEIFERT.

71) **Derrick J. Vail. Abscess nasalen Ursprungs. (Abscess of nasal origin.)** *Journal of the Americ. Med. Assoc. 25. November 1899. Cincinnati Lancet-Clinic. 23. December 1899.*

Der vorgestellte Patient hat einen Abscess in der Gegend des Thränensacks, der nasalen Ursprungs ist. Die mittlere Nasenmuschel ist enorm vergrössert und drückt gegen das Septum; aus dem mittleren Nasengang fliesst Eiter. Die Anamnese ergiebt syphilitische Infection. EMIL MAYER.

72) **Redact Notiz. Osteoperiostitis der Orbita nach Kieferhöhlenentzündung. (Osteoperiostitis of the orbit following maxillary sinusitis.)** *The Medical Bulletin. November 1899.*

Wiedergabe eines von Baudoin veröffentlichten Falles. EMIL MAYER.

73) **Preiswerk** (Basel). **Beiträge zur Corrosionsanatomie der pneumatischen Gesichtshöhlen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXXV. 1899.*

Nach einer kurzen Darstellung der Technik des Corrosionsverfahrens bespricht P. die Metallcorrosionspräparate der Nasenhöhle eines Neugeborenen, die Ausgüsse der pneumatischen Gesichtshöhlen des Erwachsenen, eines macerirten Schädels und der pneumatischen Gesichtshöhlen des intrabulbären Raumes eines Erwachsenen. Sehr schöne Tafeln dienen zur Illustration. SEIFERT.

74) **Arthur J. Sumner. Siebbein und Nasencatarrh. (The ethmoid bone and nasal catarrh.)** *Journal of Medicine and Science. November 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

75) **L. Rethi. Negative Luftdouche als diagnostisches Hilfsmittel bei Nebenhöhleneiterung. (Negative air douche diagnostic in suppuration of nasal sinuses.)** *Journal American Medical Association. 2. December 1899. Wiener klin. Rundschau. No. 43. 1899.*

Die Nase wird erst gründlich gereinigt und inspicirt, dann nimmt Pat. einen Schluck Wasser in den Mund, und während die eine Seite der Nase fest geschlossen ist, wird in die andere der comprimirte Politzer'sche Ballon eingeführt. Der Pat. schluckt, und gleichzeitig wird die Compression des Ballons aufgehoben. Dadurch wird ein negativer Druck ausgeübt und Eiter aus den Nebenhölen in die Nase aspirirt. Dies wird ein- oder zweimal wiederholt und event. nach ein paar Tagen, während deren Jodkali zur Verflüssigung der vermutheten Secrete gegeben ist, noch einmal vorgenommen. EMIL MAYER.

76) **E. Larne Vansant. Eine neue Behandlungsweise für gewisse Formen von Kopfschmerz, Taubheit und Ohrenklingen. (A novel treatment of certain forms of headache, deafness and of tinnitus aurium.)** *Philad. Med. Journal. 8. September 1899.*

Verf. berichtet über 18 Fälle, in denen er durch Eintreiben von heisser Luft in die Nasennebenhöhlen rasche Heilung erzielte. Er erklärt den Erfolg dieser Methode dadurch, dass infolge von Verstopfung der engen Ausführungswege eine Retention von Flüssigkeiten oder Gasen in den Nebenhöhlen statthat und das kräftige Ausblasen der Höhlen mit heisser Luft diese eröffnet und reinigt. Vorbereitet wird die Lufteinblasung durch Einpinselung der Nase mit Cocain oder Eucain mit oder ohne Nebennierenextract. EMIL MAYER.

77) **H. L. Swain. Acute Stirnhöhlenentzündung. (Acute frontal sinusitis.)** *Medicine. November 1899.*

Die Nasenwege werden durch Cocain und Suprarenalextract möglichst offen gehalten. Während der Abschwellung der Nasengewebe gelingt oft auch die Son-

dirung der Stirnhöhle, die täglich vorgenommen werden kann und dem Pat. erhebliche Erleichterung schafft. Sind Granulationen vorhanden, so werden sie mit der Curette entfernt.

EMIL MAYER.

78) Norman C. Yarian. **Stirnhöhlenentzündung und Otitis media als Complication von Influenza. (Frontal sinusitis and otitis media complicating influenza.)** *Bulletin of the Cleveland General Hospital. Juli 1899.*

Krankengeschichte eines Falles.

EMIL MAYER.

79) F. W. Hinkel. **Bericht über die operative Behandlung mehrerer Fälle von Stirn- und Kieferhöhlenentzündung. (A report of the operative treatment of several cases of frontal and maxillary sinusitis.)** *Buffalo Medical Journal. November 1899.*

Zur Operation des Kieferhöhlenempyems empfiehlt Verf. die Caldwell-Luc'sche Methode.

EMIL MAYER.

80) Réthi (Wien). **Ein weiterer Fall von Tuberculose der Kieferhöhle.** *Wiener med. Presse. No. 51. 1899.*

Wahrscheinlich erfolgte Selbstinfection von der Nase aus durch Fortleitung des Processes von der unteren Muschel auf die äussere Wand des mittleren Nasenganges und von hier aus in die Kieferhöhle.

CHIARI.

81) O. Jacob. **Ein neues Verfahren zur Catheterisirung der Keilbeinhöhle. (Nouveau procédé de cathétérisme du sinus sphenoidal.)** *Société anatomique. 3. November 1899.*

J. folgt mit dem Katheter der oberen Wand der Nasenhöhle und dreht dann den Schnabel der Sonde leicht nach aussen. Er geht von dem Factum aus, dass das Orificium der Keilbeinhöhle oben im Recessus spheno-ethmoidalis und nicht in den seitlichen Partien der Nasenhöhle liegt.

PAUL RAUGÉ.

82) C. E. Bean. **Symptomatologie und Diagnose der eitrigen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (Suppurative disease of the accessory cavities of the nose. Their symptomatology and diagnosis.)** *Northwestern Lancet. 1. December 1899.*

Kurze Uebersicht über dieses Thema.

EMIL MAYER.

83) Lennox Browne. **Eine anatomische Bemerkung zur Aetiologie der nasopharyngealen Erkrankungen. (An anatomic point in the etiology of nasopharyngeal disease.)** *Philadelphia Med. Journal. 26. August 1899.*

Je weiter die Entfernung zwischen dem weichen Gaumen und dem Pharynx ist, um so sicherer darf man erwarten, bei der Untersuchung post-nasale Störungen zu finden. Rhinitis atrophicans ist verbunden mit übermässigem Offenstehen des Orificium und Vestibulum nasi, der Nasenhöhlen und des naso-pharyngealen Gewölbes.

EMIL MAYER.



84) Aviragnet. **Digestionsstörungen bei Rhinopharyngitis und chronischer Mandelentzündung der Kinder. (Des troubles digestifs dans la rhino-pharyngite et l'amygdalite chronique chez les enfants.)** *Soc. de Pédiatrie Paris. 14. November 1899.*

A. berichtet über 4 Fälle von sehr schweren Verdauungsstörungen (fötide Diarrhöen, Gastroenteritis, Enteritis pseudomembranacea) bei kleinen Kindern infolge von chronischer Nasenrachen- und Mandelentzündung. Wahrscheinlich lag eine Intoxication durch die Secretionsproducte vor. Die locale Behandlung des Halses und Nasenrachens führte sehr schnell zur Heilung der Magen- und Darmstörungen.

A. CARTAZ.

85) Aviragnet. **Behandlung der mit chronischer Mandel- und Nasenrachenentzündung einhergehenden dyspeptischen Störungen. (Traitement des troubles dyspeptiques liés à la rhinopharyngite et à l'amygdalite chronique.)** *Presse méd. 20. December 1899.*

A. giebt gegen die Magendarmstörungen Calomel in fractionirten Dosen, Benzonaphthol und lässt Darmspülungen machen. Die Ernährung muss überwacht werden. Noch wichtiger aber ist die Localbehandlung des Nasenrachens durch nasale Injectionen und Instillationen von folgender Lösung:

Resorcin. 1,0
Ol. olivar. sterilis. 20,0
Ol. menth. piperit. gtt. 2.

A. CARTAZ.

86) E Fletcher Ingals. **Fibröser Tumor des Nasenrachenraums. (Fibrous tumor of the nasopharynx.)** *N. Y. Med. Journal. 16. December 1899.*

Der Fall, den Verf. in der 21. Jahresversammlung der Americ. Laryngolog. Association vorgestellt hat, ist von Interesse, weil er nicht nur die Tendenz der fibrösen Geschwülste zum Recidiviren, sondern auch das Verschwinden dieser Tendenz und sogar die Tendenz zu vollständiger Atrophie beim Eintritt des Patienten in das erwachsene Alter (Pat. ist 22 Jahre) zeigt.

LEFFERTS.

87) Piffl (Prag). **Hyperplasie und Tuberculose der Rachenmandel.** *Zeitschrift f. Heilkunde. Bd. XX. p. 297. 1899.*

Ausführliche statistische Arbeit. P. stellt fest, dass die hyperplastischen Rachenmandeln in einer gewissen, wenn auch nicht hohen Procentzahl Tuberculose in sich enthält, und dass die Gefahr einer weiteren Verbreitung dieser Erkrankung von hier in die Umgebung der Mandel und auch in den übrigen Organismus besteht, woraus die strenge Indication folgt, alle Rachenmandeln vollständig zu entfernen. P. fand unter seinen 100 exstirpirten Rachenmandeln dreimal sichere Tuberculose.

CHIARI.

88) A. Desimoni. **Thyreoid-Behandlung bei Ohrerkrankungen infolge von adenoiden Vegetationen. (L'opoterapia tireoidea nelle lesioni adenoidei del rinofaringe.)** *Gazzette degli ospedali e delle cliniche. 11. Februar 1900.*

Ausgehend von der Anschauung Hertoghe's dass die adenoiden Vegetationen nur ein Symptom sind einer dem Myxödem verwandten Allgemeinerkran-

kung — Adenoidismus —, die wahrscheinlich auf einer mangelhaften Function der Schilddrüse beruht, hat Verf. in einer Anzahl von Fällen Thyroidintabletten brauchen lassen. Er berichtet über drei Fälle, bei welchen er den günstigen Verlauf von Mittelohrerkrankungen bei Adenoiden auf diese Art der Therapie zurückführt.

FINDER.

c. Mundrachenhöhle.

89) **C. Redard** und **Frank Michel. Tiefe Medianfurche der Unterlippe und des Kinns. Mediane Spalte des Unterkiefers. Missbildung der Zunge. (Sillon médian profond de la lèvre inferieure et du menton. Division médiane du maxillaire inférieur. Malformation de la langue.)** *Presse méd. 30. Juli 1899.*

Die Missbildung, die der vorgestellte Fall darbietet, ist excessiv selten. Spaltung der Zunge bezeichnet den höchsten Grad von Lippen-Kieferspalte. Parise hat einen Fall beschrieben, bei dem die Zunge ihrer ganzen Länge nach gespalten war.

PAUL RAUGÉ.

90) **Nobl** (Wien). **Miliartuberculose der Lippenschleimhaut in Combination mit verrucöser Tuberculose der Mundwinkel.** Wiener dermatol. Gesellsch., 14. November 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 50. 1899.*

Demonstration eines Falles von wahrscheinlicher Inoculationstuberculose.

CHIARI.

91) **Neumann** (Wien). **Papilläre Wucherungen an den Lippen und der Mundschleimhaut.** Demonstrat. in der Wiener dermat. Gesellsch. v. 8. Nov. 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1899.*

Obige Erkrankung besteht seit 7 Jahren. Die Papillome zeigen an der Spitze einige weisslich verfärbte Knötchen, aus denen sich auf Druck ein klares, klebriges Secret auspressen lässt.

CHIARI.

92) **Gaucher** und **Lacapère. Lymphangiom der Unterlippe. (Lymphangiome de la lèvre inferieure.)** *Société de Dermatolog. et de Syphiligraphie. 9. September 1899.*

12jähriges Kind mit einem kleinen Tumor an der Unterlippe; der flüssige Inhalt desselben ergab bei der Untersuchung das Vorhandensein zahlreicher Leukocyten.

PAUL RAUGÉ.

93) **Balzer** und **Gauchery. Heilung eines ulcerirten Epithelioms der Unterlippe durch den Paquelin und Applicationen von Magnesiumchlorat. (Guérison d'un épithéliome ulcéré de la lèvre inférieure par la cauterisation ignée et les applications de chlorate de magnésie.)** *Société de Dermatol. et de Syphiligraphie. 9. September 1899.*

Es handelte sich um ein Epitheliom am freien Rande der Unterlippe. Dasselbe wurde zuerst durch eine Salbe von Magnesiumchlorat 1 : 5 gebessert und dann durch das Glüheisen vollständig zur Vernarbung gebracht.

PAUL RAUGÉ.

94) **Martin** (Lyon). **Osteosarcom des Unterkiefers. Resection. Prothese. (Ostéo-sarcome du maxillaire inférieur. Résection. Prothèse.)** *Société de Chirurgie de Lyon. 8. Juni 1899.*

Es handelt sich um einen von Pollosson operirten Fall, dem M. sofort nach der Operation eine Prothese anlegte. Der Apparat wurde nach einiger Zeit infolge der Retraction der Haut ausgestossen, und es bildete sich eine erhebliche Missgestaltung des Kinns. Ein neuer Apparat wurde construirt, der durch seine Schwere einen Zug auf die Narbe ausübte und der allmälig die Verhältnisse wieder besserte.

PAUL RAUGÉ.

95) **L. Bouchacourt** (Lyon). **Die Endodiascopie; ihre Technik und ihre Ergebnisse. (L'endodiascopie; sa technique et ses resultats.)** *Congrès pour l'avancement des Sciences. Boulogne. 14.—21. Juli 1899.*

Es handelt sich um Versuche mit Röntgenstrahlen. Die Crookes'sche Röhre wird in den Mund eingeführt, und es gelingt die Kiefer ebenso distinct zur Anschauung zu bringen, wie etwa die Phalangen der Hand.

PAUL RAUGÉ.

96) **M. Kraus** (Wien). **Elephantiastische Wucherung in der Gingiva.** Verein der österr. Zahnärzte, Sitzung vom 4. November 1899. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 50. 1899.*

Die Schwellung war so bedeutend, dass die Gingiva einzelne Zähne ganz bedeckte. — Paquelin und Lapisbehandlung.

CHIARI.

97) **Rille** (Innsbruck). **Zwei Fälle von Pemphigus.** Wissenschaftl. Aerzte-Gesellsch. in Innsbruck vom 28. October 1899. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 2. 1900.*

In einem der Fälle hatte die Krankheit nebst verschiedenen Theilen der äusseren Haut auch die Schleimhaut des Mundes und Rachens befallen und bot sich daselbst das Bild der mit hämorrhagischem Inhalt gefüllten Bläschen dar, die theils erhalten, theils eingesunken und geplatzt waren.

CHIARI.

98) **L. Giamelli. Untersuchungen über den Ductus Stenonianus. (Ricerche sul canale di Stenone.)** *Atti della R. Academia dei Fisiocritici in Siena. No. VII. 1899.*

Eine auf zahlreichen anatomischen Untersuchungen basirende Arbeit, deren interessante, zum Referat jedoch nicht geeigneten Ergebnisse werthvolle Aufschlüsse über die Beziehungen des Ductus Stenonianus zum äusseren Gehörgang und der Mundhöhle geben.

FINDER.

99) **L. Ajello** (Neapel). **Ligatur-Träger für die Uvula. (Portalaccio per l'ugola.)** *Arch. Ital. di Laringol. Napoli. April 1899.*

Das Instrument dient zur leichteren Anlegung einer Ligatur um die Uvula bei störender Blutung nach der Uvulotomie. Es besteht aus zwei horizontal gestellten Ringen am Ende eines passenden Griffs. Die Ringe sind flach, der untere etwas weiter, so dass er die vorher locker geknotete Ligatur trägt und über den Stumpf des Zäpfchens überstreift.

JAMES DONELAN.

100) **Kluk-Kluczycki. Ueber eine seltene Localisation des Herpes im Verlaufe der croupösen Pneumonie.** Aus dem Wilhelminenspital in Wien. — *Wiener med. Wochenschr. No. 51. 1899.*

Es handelt sich um Herpesbläschen, die im Verlaufe einer Pneumonie auch an der Zunge auftraten. Mit deren Verschwinden trat die Krisis ein. — Die Untersuchung des Inhalts jener Bläschen, sowie solcher auf den Lippen ergab das Vorhandensein von Leukocyten, Epithelzellen und in Agarcultur den Staphylococcus pyog. aureus.

CHIARI.

101) **Nobl** (Wien). **Gumma linguae.** Demonstr. in der Wiener dermatol. Gesellschaft vom 8. November 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1899.*

Es fand sich ein grossknotiges Gumma in der Zunge bei einem 30jährigen Manne, der vor mehreren Jahren Lues acquirirte. N. behandelte den Fall mit subcutanen Jodipininjectionen, wobei keinerlei unangenehme Nebenwirkungen auftraten und der Erfolg ein sehr zufriedenstellender war.

CHIARI.

102) **Patel** (Lyon). **Angiolithen und Hämangiome der Zunge. (Angiolithes et hémangiomes de la langue.)** *Soc. des Sciences méd. 29. November 1899.*

P. demonstrirte 3 Angiolithen, die er in 2 Hämangiomen der Zunge gefunden hat. Solche Bildungen sind recht selten.

PAUL RAUGÉ.

103) **W. Downie. Zwei Fälle von primärem Sarcom der Zunge, der eine gestielt, der andere interstitiell. (Two cases of primary sarcoma of the tongue; one pedunculated, the other interstitial.)** *British Medical Journal. 21. October 1899.*

Die Arbeit ist der Abdruck eines in der Abtheilung für Chirurgie auf der 67. Jahresversammlung der Brit. Med. Association gehaltenen Vortrages. Von gestieltem Sarcom der Zunge sind nur 5 Fälle bekannt geworden. Der Pat. D.'s ist ein Mann von 34 Jahren, der seit 5 Wochen über Halsbeschwerden klagt. Der Schmerz ist wechselnd stark, zu manchen Stunden treten Schluck- und Athembeschwerden hinzu. An der linken Seite der Zunge, hinter den Papillae circumvallatae sitzt ein wallnussgrosser Tumor. Derselbe wird nach Schlitzung der linken Wange mit der Scheere abgetragen. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt, dass es sich um ein Spindelzellensarcom handelt.

Fall 2. Mann von 23 Jahren klagt seit 2 Monaten über Schmerzen in der rechten Seite des Larynx und Halses. Es bestehen leichte Beschwerden beim Schlucken und geringe Athemnoth. Der Pat. selbst glaubt, dass er eine Gräte im Halse habe. Die rechte Gaumenmandel und die rechte Zungenhälfte sind geschwollen. Die ganze Zunge mit den benachbarten Geweben, soweit sie afficirt sind, werden exstirpirt. Die histologische Untersuchung ergiebt Rundzellensarcom.

ADOLPH BRONNER.

104) **H. M. O'Hara** (Melbourne). **Excision der Zunge. (Excision of the tongue.)** *Australasian Med. Gazette. 20. October 1899.*

Um die Zunge blutlos zu excidiren, löst Verf. sie vom Zungenboden und von den vorderen Gaumenbögen ab, lässt sie stark nach vorn ziehen und legt eine

doppelte Ligatur tourniquetartig um ihre Basis. Behufs Controle der erfolgten Unterbindung aller Gefässe wird später die Ligatur gelockert. A. J. BRADY.

105) **Grossheintz-Siebenmann** (Basel). **Ueber die Beziehungen der Hypsistaphylie zur Leptoprosopie.** Baseler Dissertation. Berlin bei Schumacher. *Archiv f. Laryngologie. 8. Bd. 3. Heft. 1898.*

Gr. machte nach der im V. angegebenen Formel Messungen für folgende Indexe:

1. Hirnschädelindex,
2. Gaumenhöhenbreitenindex,
3. Gaumenbreitenlängenindex,
4. Nasenindex,
5. Obergesichtsindex,
6. Augenhöhlenindex,
7. Choanenindex $= \frac{100 \times \text{Höhe}}{\text{Summe der Breite beider Choanen}}$.

Die Gaumenbreite wurde zwischen den hinteren Bicuspidales gemessen.

Verf. kam zu folgenden Ergebnissen:

1. Mit dem hohen schmalen Gaumen (Hypsistaphylie) ist gewöhnlich auch eine allgemeine schmale Gesichtsbildung (Leptoprosopie) verbunden.

2. Schmale Nasenhöhle (Leptorhynie), schmale Augenhöhlen gehören in der Regel zur hochgaumigen Schädelformation.

3. Hypsistaphylie beruht in der Regel auf einer angeborenen Rasseneigenthümlichkeit des Schädels und nicht auf extrauteriner späterer Beeinflussung durch Nasenstenose (!). JONQUIÈRE.

106) **F. Berini** (Barcelona). **Oedem der hinteren Gaumenfalte und der entsprechenden Hälfte des Gaumensegels; Nephritis; Heilung. (Edema del pilar posterior y de la mitad correspondiente al velo del paladar; nefritis; curacion.)** *Revist. de Medic., Cirug. y Farmac. Nov. 1899.*

Mittheilung eines seltenen Falles von acutem fieberhaftem Oedem des Rachens und des Gaumensegels bei einem 35jährigen Manne mit gleichzeitiger Albuminurie. Verf. hielt die locale Affection als abhängig von der Nierenkrankheit und verordnete eine dementsprechende Behandlung, nach welcher die pathologischen Erscheinungen abnahmen. R. BOTEY.

107) **Jórgen Móller** (Kopenhagen). **Ein neuer Gaumenhaken. (En ny Ganehage.)** *Hosp. Tid. S. 439. 1899.*

Das Instrument ist so eingerichtet, dass der Arzt den Gaumenhaken und den Zungendepressor mit einer Hand zu handhaben vermag. SCHMIEGELOW.

108) **Boltz** (Hamburg). **Heilung eines Falles von Rundzellensarcom des weichen Gaumens unter Arsenbehandlung.** *Festschr. z. Feier d. 80jähr. Stiftungsfestes d. ärztl. Vereins zu Hamburg. Leipzig 1896. S.-A.*

Ein zuerst für ein Gumma gehaltenes Rundzellensarcom des weichen Gau-

mens mit Metastasenbildung im Oberkiefer heilte unter starker Narbenbildung durch subcutane Einspritzung einer 1 proc. Lösung von Natr. arsenicosum.

SALOMON (ZARNIKO).

109) **Fischl** (Prag). **Erfahrungen über Anginen im Kindesalter.** *Prager medic. Wochenschr. No. 39—44. 1899.*

F. verweist u. a. darauf, dass besonders in Häusern, die Stallungen beherbergen, häufig Anginen vorkommen; dass ferner warme, trockene Witterung das Entstehen von Anginen begünstige. Weiter werden besprochen die Fiebercurven, die differential-diagnostischen Momente bei den verschiedenen Anginenformen, und kommt F. schliesslich auf die Therapie zu sprechen. F. ist ein Gegner der Tonsillotomie! constatirt keinen Erfolg von Aetzungen und Cauterisation, Gurgelungen, intraparenchymatösen Injectionen; lobt hingegen antiseptische Rachendouchen, von ärztlicher Hand ausgeführt, und Aufenthalt dieser Kinder in Sool- und Ostseebädern. — Ueber die Wirkung von Seruminjectionen spricht sich F. garnicht aus.

CHIARI.

110) **D. J. Vail. Der Mandel-Ring. (The tonsillar ring.)** *Journal American Med. Assoc. 2. December 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

111) **Emil Mayer. Die Mandeln als Infectionspforte. (The tonsils as portals of infection.)** *Journal of the American Medical Association. 2. Dec. 1899.*

Zu den Krankheiten, die von den Mandeln ihren Ursprung nehmen können, rechnet Verf. Rheumatismus, Pleuritis, Pneumonie, Albuminurie, Erythem, Erysipel, Orchitis und Oophoritis, Strabismus, Paraplegie und Osteomyelitis. Er berichtet über eine Reihe von Fällen, in denen er Angina pectoris und Endocarditis bei früher nicht-herzkranken Personen nach Angina sich entwickeln sah. Er fordert deshalb gründliche Beachtung des Halses in allen Fällen, sorgsame Behandlung der Anginen und Verhütung von Recidiven.

Autoreferat.

112) **v. Scheibner. Die Mandeln als Eintrittspforte für Tuberkelbacillen. (Tonsils as portals of entry of tubercle bacilli.)** *Journ. Amer. Med. Association. 18. November 1899.*

Verf.'s Studien ergeben, dass die primäre Tuberculose der Mandeln zwar relativ selten ist, die bisherigen Beobachtungen aber noch zu spärlich sind, um die ganze Frage endgültig zu entscheiden.

EMIL MAYER.

113) **Redact. Notiz. Die Tonsillen als Infectionspforte. (The tonsils as an infection atrium.)** *Medical Review. 16. September 1899.*

Es ist wahrscheinlich, dass Erkrankungen des Organismus häufiger in den Mandeln ihren Ursprung nehmen, als man im Allgemeinen annimmt. Die Exstirpation soll stets gründlich gemacht werden; der Raum zwischen vorderen und hinteren Gaumenbögen muss vollständig glatt sein.

EMIL MAYER.

114) **Redact. Notiz. Die Tonsillen als Eintrittspforte für Tuberculose. (The tonsils as a point of entrance for tuberculosis.)** *Med. Review. 7. Oct. 1899.*

Neuere sehr eingehende Untersuchungen haben gezeigt, dass die Tonsille

nur in einer sehr kleinen Zahl von Fällen Sitz primärer Tuberculose ist. Dagegen spielen die Mandeln als prädisponirendes Moment eine sehr wesentliche Rolle.

EMIL MAYER.

115) **Ozeki** (Hiroshimaken). **Die Tuberculose der Tonsilla palatina.** Dissertat. Würzburg 1899.

Im ersten Falle fand O. bei einem 13jährigen Mädchen, das an starkem Husten litt, eine hyperplastische Tonsille, dadurch bedingte Reflexneurose (Husten) und frische tuberculöse Veränderungen, i. e. primäre Tuberculose der Gaumentonsille. In einem 2. Falle wurde die primäre tuberculöse Erkrankung der Gaumentonsille durch die Section bestätigt. Hieran schliesst O. die klinischen und histologischen Untersuchungen über 9 Fälle von secundärer Tonsillentuberculose an.

SEIFERT.

116) **B. Abrahams. Rheumatische Tonsillitis. (Rheumatic tonsillitis.)** *Canada Med. Record. August 1899.*

Die häufigsten Erscheinungen rheumatischer Natur im Halse sind Erythem des Schlundes und Tonsillitis. Ersteres ist gewöhnlicher bei Erwachsenen, letztere bei Kindern und zwar in der folliculären Form; die pseudomembranöse Angina kommt eher bei älteren Individuen vor. Das Erythem des Schlundes kann als Initialsymptom vor acutem Rheumatismus und Tonsillitis auftreten. In nicht wenigen Fällen folgte Endocarditis einer nicht-scarlatinösen Tonsillitis ohne Gelenkschmerzen.

EMIL MAYER.

117) **Edward Vestal Mock. Epidemische Rachen- und Mandelerkrankung und ihre Ursache. (Epidemic pharyngeal and tonsillar inflammation and its cause.)** *Laryngoscope. November 1899.*

Da bei 2 von den 13 Fällen, die Verf. beobachtete, Scharlach sich entwickelte, scheint es, als ob es bei der ganzen Epidemie sich um Scharlach ohne Ausbruch des Hautexanthems handelte.

EMIL MAYER.

118) **W. L. Bullard. Acute Mandelentzündung. (Acute tonsillitis etc.)** *The Cincinnati Lancet-Clinic. 4. November 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

119) **Redact. Bemerkung. Gegen entzündete Mandeln. (For inflamed tonsils.)** *Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine. September 1899.*

Rp. Apomorphin. hydrochlor. 0,1
Codein. sulphur. 2,6
Syr. Pruni Virg. 96,0
M. D. S. 3stündl. 1 Theelöffel voll.

EMIL MAYER.

120) **Mark. H. O. Daniel. Aphthöse Tonsillitis oder diphtheroide Halserkrankung. (Aphthous tonsillitis or diphtheroid sore throat.)** *Georgia Journal of Medicine and Surgery. November 1899.*

Der reine „Nonsense“.

EMIL MAYER.



121) D. Milton Greene. **Ein Fall von Gehirn- und anderen Abscessen nach Mandelabscess und nicht-perforirter eitriger Mittelohrentzündung. (Report of a case of brain and other abscesses following tonsillar abscess and non-perforative suppurative otitis media.)** *Journal American Medical Association. 11. November 1899.*

Krankengeschichte des letal endigenden Falles. EMIL MAYER.

122) Kramer. **Carbolsäure in die Mandeln injicirt. (Carbolic acid in the tonsil.)** *Cleveland Med. Gazette. November 1899.*

Bei recidivirender Tonsillitis bedingt durch Retention von Mikroorganismen in den Mandeln injicirt K. Carbolsäure 1 : 40, zwei oder drei und selbst 4 bis 6 Tage hintereinander je 3 ccm. EMIL MAYER.

123) T. J. Anderson. **Hypertrophische Mandeln. (Hypertrophied tonsils.** *Philad. Med. Journal. 30. September 1899.*

Die wiederholten Anfälle von acuter Mandelentzündung führen schliesslich zur chronischen Hypertrophie. Behandlung der folliculären Form mit Silbernitrat ist schädlich und die käsige Masse sammelt sich in den Krypten in langen Ballen an. Die Patienten kommen durch die wiederholten Entzündungen stark herunter und werden für neue Recidive noch mehr empfänglich. Gründliche Tonsillotomie ist anzurathen. EMIL MAYER.

124) Redact. Notiz. **Hypertrophische Tonsillen. (Hypertrophied tonsils.)** *Med. Review. 23. September 1899.*

Wenn die Mandelhypertrophie in gewisser Beziehung steht zu Erkrankungen der Zähne, so kann auch das Umgekehrte der Fall sein. Ebenso kommen auch die adenoiden Vegetationen fast stets in Verbindung mit kranken Zähnen vor. EMIL MAYER.

125) Daniel B. Hardenbergh. **Hypertrophien im Tonsillarring. (Hypertrophies in the tonsillar ring.)** *N. Y. Med. Record. 25. November 1899.*

Unter dem Namen Tonsillarring werden die aus dem gleichen Gewebe zusammengesetzten Gaumenmandeln, die Rachenmandeln und die Zungentonsille zusammengefasst. Der Verf. legt die gebräuchlichen Grundsätze für die Behandlung der Schwellungen dieser Gebilde dem allgemeinen Praktiker, der specialistische Hilfe nicht zur Hand hat, in anschaulicher Weise dar. LEFFERTS.

126) A. C. Frickenhaus. **Lanolin als Mittel zur Verkleinerung geschwollener Mandeln. (Lanolin as an agent in the reduction of enlarged glands.)** *Maryland Med. Journal. 14. October 1899. Cincinnati Lancet-Clinic. 14. October 1899.*

Das Mittel erwies sich in einem Falle von Angina mit Mandelschwellung und Schluckschmerzen als nützlich. EMIL MAYER.

127) v. Grazzi. **Eine neue Behandlungsweise für chronisch-catarrhalische Entzündungen des Rachens in Verbindung mit Ohrerkrankungen. (A new treat-**

ment for chronic catarrhal inflammations of the pharynx connected with diseases of the ear.) *Laryngoscope. October 1899.*

Der Verf. giebt an, dass die Structur des Rachens selbst die Behandlungsmethode, die er empfiehlt, nahelegt. Dieselbe besteht in der Compression des erkrankten Gewebes. Consequente, mehr oder weniger häufig wiederholte Durchführung dieses Eingriffs vermindert die Entzündung, führt zur Resorption der Granulationen und stellt die normale Function der Theile, sowie ihre Blut- und Lymphcirculation wieder her.

EMIL MAYER.

128) **Birman. Der weite Rachen und seine Beziehungen zu den Verwachsungen zwischen Gaumen und Rachen im Verlauf erworbener Syphilis. (Du pharynx spacieux et de ses rapports avec les adhérences palato-pharyngiennes au cours de la syphilis acquise.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Unter dem Namen des weiten Rachens beschreibt B. ein klinisches Bild des Rachens, das man besonders im Laufe von erworbener Syphilis antrifft und das ausgezeichnet ist durch eine Vergrösserung der Mandelgrube, die in eine grosse Grube umgewandelt erscheint, in welcher die Tonsille ganz zu fehlen scheint, und durch erhebliche Dehnung und Hebung des Gaumensegels mit Annäherung der hinteren Gaumenbögen an die hintere Rachenwand.

Man trifft diesen Zustand bei Ozaena und anderen pathologischen Processen; besonders aber scheint er der Syphilis eigenthümlich zu sein. Derselbe kann Verwachsung zwischen Gaumen und Rachen vortäuschen.

Die Adhäsionen zwischen Gaumen und Rachen kommen nach B. in vier Formen vor:

1. Als partielle, symmetrische und sehr begrenzte Adhäsion; die einzige, die dem oben beschriebenen weiten Rachen ähnlich sieht.
2. Als ausgedehntere Adhäsion mit Perforation.
3. Als ausgesprochene Atresie des Rachens.
4. Als totale und complete Adhäsion mit vollständigem Abschluss zwischen Nasen- und Mundhöhle.

A. CARTAZ.

129) **Geo G. Gage. Die Gefahren bei acutem Rachenabscess beseitigt durch den Gebrauch eines neuen Trocarts. (Some of the dangers of acute pharyngeal abscess obviated by the use of a new trocar.)** *N. Y. Medical Journal. 16. December 1899.*

Verf. hat neuerdings von mehreren Fällen von Erstickung durch Eindringen von Pus in den Larynx bei Eröffnung von acuten Rachenabscessen, obgleich die Kinder in der vorgeschriebenen Lage placirt waren, gehört. (Ja, wo denn? Ref.) Er hat deshalb einen Trocart construirt, mit dem er den Eiter durch den Mund nach aussen entleert. Man muss dieses Instrument in der Abbildung, die dem Artikel beigegeben ist, sehen, um es voll zu würdigen. Wenn der Eiter nicht fliesst — Eiter ist ja manchmal so hartnäckig —, so ist ein Handballon da, mit dem man an dem Trocart saugt. Der ganze Apparat ist so einfach und so wirksam!

LEFFERTS.

130) **Emma E. Musson. Infectiöse Granulome des Rachens. (Infective granulomata of the pharynx.)** *Journal of the American Med. Association. 25. November 1899.*

Vergl. die Verhandlungen der Section für Laryngologie auf der 50. Jahresversammlung der Americ. Med. Association. EMIL MAYER.

131) **L. Dejau. Rachenzona. (Zona pharyngien).** *Le Scalpel. No. 9. 1899.*

Zona, welche genau dem Verlauf der Gaumennerven und zwar einer Seite entspricht, bestehend aus kleinen Bläschen auf roth-violettem Grund und die linke Seite des Gaumensegels und der Mandelbögen einnehmend, begleitet von heftigen Schmerzen. BAYER.

132) **Escat** (Toulouse). **Symmetrische Zona im Rachen eines Tabikers. (Zona pharyngien symétrique chez un tabétique.)** *Gazette des Hôpit. 6. Juli 1899.*

Eine confluirende vesiculäre Eruption bildete sich längs des oberen Theils der Gaumenbögen und der Uvula aus. Der Pat. leidet seit dem 31. Lebensjahre an Tabes. Im Alter von 20 Jahren hatte er sich luetisch inficirt.

Der Fall ist dem von Lermoyez und Barozzi beschriebenen analog.

PAUL RAUGÉ.

133) **Lacoarret** (Toulouse). **Fremdkörper des Rachens. (Corps étranger du pharynx.)** *Annales de la policlinique de Toulouse. Juni 1899.*

Die Fremdkörper sitzen meist in den unteren Partien des Rachens, theils in den Plicae glosso-epiglotticae, theils in den Sinus pyriformes. Kleinere Fremdkörper fixiren sich öfters in der Mandel, besonders in der linken. Das Schmerzgefühl orientirt schlecht über den Sitz des Fremdkörpers, da es meist von dem Kranken ziemlich entfernt von der wirklichen Lage des Fremdkörpers localisirt wird. Die Untersuchung muss deshalb genau mittelst Inspection und Palpation vorgenommen werden.

Ein Fremdkörper im Rachen kann zu schweren Folgen führen, bisweilen zu tödtlichen (Ulceration, Abscess, Blutung).

Die Behandlung besteht in Entfernung mit dem Finger oder der Zange. Bei Erstickungsgefahr muss sofort die Tracheotomie gemacht werden. PAUL RAUGÉ.

134) **A. Poncet** und **L. Bérard** (Lyon). **Ein Beitrag zur sogen. ganglionären Form des Rachenkrebses: Fall von malignem Rhabdo-myom mit pharyngealem Ursprung. (A propos de la forme dite ganglionnaire du cancer du pharynx. Un cas de rhabdo-myome malin d'origine pharyngée.)** *Congrès de Chirurgie. 16.—21. October 1899.*

Es handelt sich um die bekannten Formen von Krebs, die sich bei der Untersuchung nur durch eine Anschwellung der Halsdrüsen äussern und weiter kein merkbares Symptom haben, als die vorschreitende Cachexie.

Bei der Autopsie des von den Verff. beobachteten Falles fand sich als primäre Läsion eine kleine Ulceration in der Gegend der Fossa tonsillaris.

Bisweilen constatirt man nur eine einfache Induration der submucösen und Muskelschicht des Rachens. PAUL RAUGÉ.

d. Diphtheritis und Croup.

135) **Nicolas** und **Arloing** (Lyon). **Culturmedien für den Diphtheriebacillus. (Milieux de culture pour le bacille de Loeffler.)** *Soc. de Biologie. 16. December 1899.*

Die Verff. prüften die Virulenz und die Wachsthumsenergie des Diphtheriebacillus bei Zusatz von Serum verschiedener Thierarten. Sie stellten fest, dass dieser Zusatz die Virulenz nicht beeinträchtigt. Das Pferdeserum steigert die Wachsthumsenergie. Als Nährboden diente den Verff. Kalbfleischbouillon.

PAUL RAUGÉ.

136) **H. Richardière** u. **L. Tollemer. Das Vorkommen von Diphtheriebacillen in der Luft einer Diphtheriestation. (The presence of the Klebs-Loeffler bacilli in the air of a diphtheria ward.)** *Modern Medicine. December 1899.*

Die Untersuchungen ergaben, dass Diphtheriebacillen in der Luft des Diphtheriepavillons vorhanden waren, wenn derselbe längere Zeit nicht desinficirt war, dass sie dagegen nach stattgehabter Desinfection fehlten.

EMIL MAYER.

137) **H. C. Campbell. Bericht über 8 Diphtheriefälle in einer Familie. (A report of 8 cases of diphtheria occurring in one family.)** *The Medical Fortnightly. 5. December 1899.*

Sämmtliche Patienten wurden wiederhergestellt.

EMIL MAYER.

138) **T. W. Rankin. Diagnose und Therapie der Diphtheritis. (Diagnosis and treatment of diphtheria.)** *Columbus Medical Journal. 20. December 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

139) **Edwin Klebs. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Journal of the Americ. Med. Association. 16. December 1899.*

Verf. bespricht den Infectionsmodus und die prophylaktischen Maassnahmen. Jedes Glied der Familie muss Gegenstand dieser sein. Verf. empfiehlt dazu Chinosol und Antinosin. Die Seruminjectionen sollen rasch vorgenommen werden, sobald die Infection wirklich erfolgt ist. Verf. hält es für falsch, 5 ccm auf einmal zu injiciren. Er räth, zuerst eine kleine Quantität zu geben, auf das Herz aufzupassen und, wenn alles in Ordnung ist, nach ein paar Minuten mehr zu injiciren.

EMIL MAYER.

140) **C. J. Symonds. Zwei Fälle von einseitiger Nasendiphtherie. (Two cases of unilateral nasal diphtheria.)** *Lancet. 16. September 1899.*

5jähriger Knabe hat seit 10 Tagen blutigen Ausfluss aus dem rechten Nasenloch. Er ist sonst ganz wohl und von einer überstandenen Halsaffection oder sonstiger Erkrankung ist nichts bekannt. Aus der rechten Nasenseite werden Borken und graue Massen entfernt, in denen sich der Loeffler'sche Bacill nachweisen lässt.

7jähriger Knabe mit Nasenbluten aus der linken Nasenseite seit 7 Tagen. Auch hier nichts von Allgemeinsymptomen; dabei Membranen in der linken Nase, die Diphtheriebacillen enthalten.

Das grosse praktische Interesse derartiger Fälle liegt auf der Hand.

ADOLPH BRONNER.

141) **Eugene Yonge. Die Beziehung der membranösen Entzündung der Nase zur Diphtherie. (The relationship of membranous inflammation of the nose to diphtheria.)** *Practitioner. December 1899.*

Kurzer Ueberblick über die Literatur der Frage. Es giebt 2 Formen der Erkrankung, die sich sehr ähnlich sehen; aber nur bei der einen findet sich der Diphtheriebacillus. Deshalb ist in allen Fällen die bakteriologische Untersuchung nöthig.

ADOLPH BRONNER.

142) **F. Villy. Erbrechen und Herzschwäche im Zusammenhang mit Diphtherie. (Vomiting and cardiac failure in connection with diphtheria.)** *Medical Chronicle. September 1899.*

Attacken von Herzschwäche sind sehr viel häufiger als Lähmungen anderer Theile und sie kommen auch zeitiger als diese zum Ausbruch. Man darf sie wohl der Muskelschwäche zuschreiben. Wenn Erbrechen eintritt, so folgt gewöhnlich die Herzschwäche. In letalen Fällen, die mit Erbrechen complicirt waren, findet man stets Zeichen von Degeneration der Muskeln und eine Entzündung an der Schleimhaut des Magens, oft auch Blutungen. Der Herzmuskel wird sehr gewöhnlich degenerirt befunden; Blutungen sind häufig nachweisbar.

ADOLPH BRONNER.

143) **F. Woollacott Diphtheritische Lähmung in serumbehandelten Fällen. (Diphtheritic paralysis in cases treated with antitoxin.)** *Lancet. 26. August 1899.*

Der Procentsatz der Lähmungen hat zugenommen. Grosse Initialdosen, nicht unter 4000 I. E., sind wirksamer, als mehrere kleine zur Verhütung von Lähmung und Tod. Je zeitiger die Injection erfolgt, um so unwahrscheinlicher ist das Erscheinen von Lähmung; tritt dieselbe doch auf, so verläuft sie kurz und mild. Im Allgemeinen hat die Lähmung, die jüngere Individuen eher befällt, ihren gefährlichen Charakter verloren. Verf. belegt diese Sätze mit einer Reihe statistischer Tabellen.

ADOLPH BRONNER.

144) **Riegler** (Jaffy). **Ueber die Behandlung der Rachendiphtherie mit Jodsäure und Wasserstoffsuperoxyd.** *Wiener med. Blätter. No. 45. 1899.*

R.'s Behandlungsmethode besteht in

1. Application eines Sprays von 3 pCt. Wasserstoffsuperoxyd.

2. $^1/_2$ Stunde nach dem Spray wird folgendes Pulver auf die Rachenschleimhaut aufgeblasen:

Acid. jodici pulveris. 1,0
Sacchar. alb. 10,0.

3. $^1/_2$ Stunde später Application eines Sprays, dann abermals Pulver-Einblasung.

4. In der Zwischenzeit, wenn ausführbar, Gurgelungen mit folgendem Gurgelwasser: Acid. jodici 0,50
Aqu. dest. 400,0
Glycerini 25,0.

Die prophylaktische Diphtherieserumbehandlung bewährte sich nicht.

CHIARI.

145) A. Tonkin. **Zweihundert nach einander aufgenommene Fälle von Diphtherie mit Serum behandelt. (Two hundred consecutive cases of diphtheria treated with antidiphtheritic serum.)** *Lancet. 21. October 1899. N. Y. Med. Record. 18. November 1899. N. Y. Med. Journal. 16. December 1899.*

Sämmtliche Fälle wurden bakteriologisch untersucht. 45 starben; davon sind 15 moribund aufgenommen. Die Chancen der Behandlung sind vom Alter und Geschlecht des Patienten unabhängig, dagegen in engster Abhängigkeit von dem früheren oder späteren Beginn der Behandlung. Die Mortalitätsziffer, die Häufigkeit von Albuminurie und Lähmungen und die Erfolge der Tracheotomie werden in einer Reihe von Tabellen vorgeführt.

Nach dem Gebrauch des Serums ist

1. die Mortalitätsziffer wesentlich herabgesetzt;
2. besonders bei laryngealen Fällen.
3. Die Mortalität der tracheotomirten Fälle ist viel kleiner geworden.
4. Die Tracheotomie ist viel seltener erforderlich, wenn die Behandlung zeitig begonnen wird.
5. Der Effect ist für beide Geschlechter und alle Alter gleich gross.
6. Die Gefahr der Nephritis ist verringert.
7. Lähmungen sind seltener; die vorkommenden führen seltener zum Tode.
8. Ausbreitung der Krankheit auf den Larynx und tiefer gelegenen Partien wurde bei Serumbehandelten nicht notirt.

ADOLPH BRONNER.

146) A. Jefferis Turner (Brisbane Queensland). **Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *Intercolonial Medical Journal of Australasia. 20. December 1899.*

T.'s Mittheilungen beruhen auf der 10jährigen Statistik des Kinderhospitals in Brisbane. Er theilt die Fälle ein in die Vorserumperiode mit einer Durchschnittsmortalität von 42,2 pCt. und die Serumperiode, bei der eine anfängliche Periode der kleinen Dosen mit einer Mortalität von 25 pCt. und eine spätere mit grossen Dosen und einer Mortalität von 10,8 pCt. zu unterscheiden sind.

Bei leichten und früh zur Behandlung kommenden Fällen reicht eine Dosis von 600—1000 Einheiten aus. Schwere Fälle erfordern 6000, 8000 und selbst 12000 Einheiten. Mit einer zu grossen Dosis ist keine Gefahr verbunden; der einzige Einwand gegen eine solche ist der Kostenpunkt.

A. J. BRADY.

147) Joaquin L. Duenas. **Diphtherie und Serumtherapie mit besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen auf Cuba. (Diphtheria and serumtherapy with special reference to experience in Cuba.)** *Arch. of Pediatrics. Dec. 1899.*

Bei nicht complicirter Diphtherie wirkt das Serum besonders günstig.

EMIL MAYER.

148) **Redact Notiz. Diphtherie und das Heilserum. (Diphtheria and antitoxine.)** *Georgia Journal of Medicine and Surgery. December 1899.*

Kein Arzt sollte zur Ausübung der Praxis zugelassen werden, der nicht bei der Diphtherie das Serum anwenden will.

EMIL MAYER.

149) **Christopher C. Cronkhite. Antitoxin bei Diphtheritis. (Antitoxin in diphtheria.)** *Indiana Med. Journal. December 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

150) **Edwin Rosenthal. Einfluss des Serums auf die Statistik. (Influence of antitoxin statistics.)** *Journal of the American Med. Assoc. 16. Dec. 1899.*

Eine statistische Studie, in der Verf. darlegt, dass die deutliche Abnahme der Todesziffern in allen Städten fraglos nicht dem Zufall allein zugeschrieben werden kann, sondern dass das Serum es ist, welches diesen günstigen Einfluss auf die Statistik geübt hat.

EMIL MAYER.

151) **J. A. R. Smith. Die moderne Beherrschung der Diphtherie. (The modern mastery of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 16. December 1899.*

S.'s Fall beweist, wie wenig andere, die Ueberlegenheit unserer heutigen Diphtheritisbehandlung. Die Intubation wurde gemacht, aber die Membranen reichten bis tief in die Bronchien und es musste tracheotomirt werden. Eine Abbildung der Abgüsse zeigt, dass dieselben bis in die Lungen sich erstreckten, und es ist zweifelhaft, ob der Patient ohne das Serum, das intravenös gegeben wurde, hätte gerettet werden können.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

152) **R. Castanneda** (San Sebastian). **Idiopathischer Herpes des Kehlkopfes. (Herpes laringeo idiopatico.)** *La Oto-Rino-Laringol. Espannol. No. 20. 1899.*

Ein 23jähriges Mädchen, welches Seebäder genommen hatte, erkrankte plötzlich mit Erscheinungen eines acuten fieberhaften Kehlkopfkatarrhs. Die Untersuchung ergab Hyperämie der Mandeln und des Rachens, der Epiglottis, mit Verdickung und Röthe der Stimmbänder, Substanzverlust in Form einer oberflächlichen Erosion und Auftreten eines ganz kleinen Bläschens von der Grösse eines Hirsekorns auf der oberen Fläche des linken Stimmbandes. Später traten andere Bläschen auf, nachdem die früheren aufgebrochen waren und eine weissliche Membran mit Epithelverlust hinterlassen hatten. Nach Verlauf von 6 Tagen sah man andere Bläschen auf der unteren Fläche des Kehldeckels, auf den Aryknorpeln und dem rechten Stimmbande. Einige Bläschen bedeckten sich mit einer Kruste. Nach einer Woche trat Besserung ein, die leichten Ulcerationen bedeckten sich mit Epithel und Schluckvermögen wie die Stimme erschienen normal.

C. stellt noch einige Betrachtungen an hinsichtlich der Behandlung des Herpes sowie betreffs der Verwechslung des Herpes mit der Diphtherie.

R. BOTEY.



153) **Bacaloglu. Plötzlicher Tod bei Kehlkopferkrankungen. (Mort subite dans les lesions laryngées.)** *Société Anatomique. 27. October 1899.*

Im ersten Fall handelte es sich um Larynxödem, im zweiten um syphilitische Erkrankung des Larynx. Beide starben plötzlich durch Asphyxie. PAUL RAUGÉ.

154) **Concetti** (Rom). **Ueber den peritracheo-laryngealen Abscess im Kindesalter.** *Allgem. Wiener medic. Zeitung. No. 48. 1899.*

C. weist darauf hin, dass solche Abscesse meist Stricturen verursachen, die schwer zu diagnosticiren sind. In diesen Fällen muss man bei der Intubation eine bedeutende Resistenz überwinden. Die Abscesse können primärer und secundärer Natur sein. CHIARI.

155) **Royet** (Lyon). **Heilung eines Falles von Kehlkopftuberculose. (Guérison d'un cas de tuberculose laryngée.)** *Soc. des Scienc. méd. de Lyon. 25. Oct. 1899.*

Ein Fall von tuberculöser Laryngitis, die vollständig zur Vernarbung kam, bei einem seit 5 Jahren an Tuberculose mit subacutem Verlauf leidenden Patienten. Die Localbehandlung bestand im Gebrauch von Sulforicinphenol und Curettage. Innerlich wurde Kreosot gegeben. PAUL RAUGÉ.

156) **H. Mendel. Die Behandlung broncho-pulmonärer Affectionen, im besonderen der Tuberculose, durch intratracheale Injectionen ätherischer Oele. (Traitement des affoctions broncho-pulmonaires et en particulier de la tuberculose par les injections intra-tracheales d'huile essentielle.)** *Presse Méd. 23. August 1899.*

Die Trachea zeigt eine grosse Toleranz gegen Flüssigkeiten; die Injection erzeugt weder Gène noch Husten. Der Kranke fühlt, wie die Flüssigkeit langsam in seine Brust hinabgleitet, ohne eine andere Empfindung als die einer leichten Wärme, wenn die injicirte Substanz etwas irritirend ist.

M. bringt täglich 9—12 ccm Flüssigkeit (in 3 oder 4 Spritzen von je 3 ccm hintereinander) in die Trachea ein. Diese Menge ist viel grösser als die bisher allgemein gegebene. Als Excipiens benutzt er sterilisirtes Olivenöl, als Agens ein ätherisches Oel, und zwar nimmt er auf 100 Olivenöl:

Ol. Thymi	5 g
Ol. Eucalypt. . . .	5 „
Ol. Cannellae . . .	5 „
Jodoform	5 „
Guajacol	2,5 g
Menthol	2,5 „
Bromoform	0,05 „

Die Resultate, über die M. berichtet, sind sehr ermuthigend. PAUL RAUGÉ.

157) **Albert C. Heath. Ein Instrument zur intratrachealen Medication. (An instrument for intratracheal medication.)** *Journal American Med. Association. 23. September 1899.*

Ein verlängertes und gebogenes Sprayrohr. EMIL MAYER.

158) **Neumann** (Wien). **Demonstration eines Falles von Gummata laryngis et cutanea.** Demonstr. in der Wiener dermatol. Gesellsch. v. 8. November 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1899.*

Die laryngeale Affection betraf die Larynxhinterwand und die Stimmbänder.

CHIARI.

159) **Evans. Die Behandlung der syphilitischen Larynxstenose durch die Intubation. (The treatment of syphilitic stenosis of the larynx by intubation.)** *Medical Review. 9. December 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

160) **F. Massei** (Neapel). **Acute Kehlkopfstenosen in der Kindheit und ihre Behandlung. (Delle laringo-stenosi acute nella tenera eta e delle loro cura.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Neapel. April 1897.*

Verf. weist auf die Schwierigkeit der laryngoskopischen Untersuchung bei kleinen Kindern hin und bespricht die verschiedenen nicht-diphtheritischen Kehlkopfstenosen, ihre Ursachen, ihre differentielle Diagnostik und ihre Behandlung.

JAMES DONELAN.

161) **Perez Moreno** (Madrid). **Die Gewohnheit des Tabakrauchens als ätiologischer Factor der Epitheliome des Kehlkopfes. (El uso del tabaco como factor etiologico de los epiteliomas de la laringe.)** *La Oto-Rino-Laringol. Espannol. No. 20. 1899.*

Statistik über Auftreten des Kehlkopfepithelioms bei Rauchern im Asyl für Unheilbare in Madrid in der Zeit, während Verf. seine Thätigkeit in letztgenanntem Hospitale ausübte.

R. BOTEY.

162) **F. Bauer** (Schweden). **Krebs des Kehlkopfs, der Schilddrüse, des Rachens und Peritoneums, Gastrotomie. (Cancer laryngis, glandulae thyreoideae, pharyngis, peritonei, gastrostomia.)** *Hygiea. p. 546. 1899.*

Der Titel giebt den Inhalt an.

SCHMIEGELOW.

163) **W. Downie. Ein Fall von 4 Wochen langer Einklemmung einer kleinen Silbermünze im Kehlkopf; Entfernung derselben mit der Zange unter Cocain. (A case in which a small silver coin was lodged in the larynx for four weeks; removal with forceps under cocaine.)** *Lancet. 14. October 1899.*

46jähriger Mann, klagt seit 4 Wochen über Verlust der Stimme und Schwierigkeiten beim Athmen. Die Untersuchung ergab ein Threepennystück, das flach über den Stimmbändern lag.

ADOLPH BRONNER.

164) **K. Reimer. Fall von Fremdkörper im Kehlkopf bei einem Mädchen von 3 Jahren. (Slutschai inorodnawa tela w gortani u dewotschki 3 lez.)** *Bolnitsch. Gaz. No. 35. 1899.*

R. beschreibt einen Fall von Durchbruch vereiterter Drüsen in die Luftröhre. Ein necrotisches Stück ritt auf der Bifurcation und bewirkte einen vollständigen Verschluss der Bronchien.

P. HELLAT.

165) **Dittrich** (Prag). **Gerichtsärztliche Mittheilung. — Angeblich am Lebenden constatirte Fractur des oberen Schildknorpelhornes infolge von Würgen. Leichte oder schwere körperliche Beschädigung?** *Prager med. Wochenschr. No. 45. 1899.*

Der Fall ist vom specialärztlichen Standpunkte insofern von Interesse, als durch Leichenuntersuchungen festgestellt werden konnte, dass der Nachweis einer Fractur eines Schildknorpelhorns am Lebenden nicht möglich ist. CHIARI.

166) **J. Platt. Fractur des Zungenbeins und der Kehlkopfknorpel. (Fracture of the hyoid bone and of the laryngeal cartilages.)** *Medical Chronicle. December 1899.*

Krankengeschichte eines Falle und Zusammenstellung der einschlägigen Literatur. Es ist wichtig, die Tracheotomie frühzeitig zu machen, wenn Athembeschwerden eintreten. ADOLPH BRONNER.

167) **E. Earle. Zwei Fälle von Durchschneidung des Halses mit Eröffnung der Luftröhre. (Two cases of cut throat with opening of the air passage.)** *Lancet. 28. October 1899.*

In Fall 1 war die Trachea unter dem Ringknorpel in $^2/_3$ ihres Durchmessers eröffnet. Sie wurde vernäht und heilte. Im zweiten Falle war die obere Hälfte des Larynx vollständig abgetrennt. Auch hier wurde die Heilung erzielt. Beide Fälle kamen erst 13 Stunden nach der Verletzung zur Behandlung.

ADOLPH BRONNER.

168) **Baumgarten** (Budapest). **Die hysterischen Aphonien und ihre neueren Behandlungsweisen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 40. 1899.*

Besprechung der üblichen Behandlungsmethoden bei weiblicher hysterischer Aphonie, wie percutanes und endolaryngeales Elektrisiren, Stimmübungen, Pinseln, Hypnose, Anwendung von Stimmgabeln, Massage des Kehlkopfes u. s. w. — B. führt weiter aus, dass er in besonders hartnäckigen Fällen guten Erfolg hatte von Druck auf das Ovarium, sowie von der Stimmgabelcur und kürzlich auch von der Anwendung des Kirstein'schen Spatels. CHIARI.

169) **Sorel. Ein Fall von hysterischem Husten. (Un cas de toux hystérique.)** *Société de Médecine de Toulouse. 11. Juli 1899.*

Der neuropathische Patient, dessen Lungen und Kehlkopf keine Veränderungen darbieten, leidet an einem in Anfällen auftretenden trockenen Husten. Derselbe nimmt zu, wenn man sich mit dem Kranken beschäftigt, und verschwindet vorübergehend unter dem Einfluss von Suggestionen. PAUL RAUGÉ.

170) **Alfred Stengel. Hysterische Dyspnoe. (Hysteric dyspnea.)** *Philadelphia Medical Journal. 14. October 1899.*

Krankengeschichte eines Falles. EMIL MAYER.

171) **Angel Money** (Sydney). **Asthenische Bulbärparalyse. (Asthenic bulbar paralysis.)** *Australasian Medical Gazette. 20. October 1899.*

Der Fall betrifft ein 20jähriges Mädchen, das vor 12 Monaten eine Influenza

durchgemacht hatte. Seit dieser Krankheit bestanden Zeichen von lähmungsartiger Schwäche im Gesicht, an den Lippen und Augenlidern. Die Labial- und Gutturallaute konnten nur undeutlich ausgesprochen werden, die Stimme klang nasal, und gelegentlich wurden Speisen durch die Nase regurgitirt. Die Glottis wurde mangelhaft geschlossen, das Schlucken und Husten war erschwert, die Stimme entschieden schwach. Das Krankheitsbild war dem der diphtheritischen Lähmung ähnlich. M. hält die Diagnose für schwierig und neigt am ehesten zur Annahme einer Lähmung nach Influenza durch multiple Neuritis. Die Pat. wurde gesund unter längerer Bettruhe, Massage und Arsen.

A. J. BRADY.

172) **J. Portela** (Cadix). **Zwei schwere Fälle von syphilitischer Paralyse des Kehlkopfs. (Dos cases graves de paralisis sifilitica de la laringe.)** *Revist. de Medic. y Cirug. practic. No. 613. 1899.*

In beiden Fällen handelte es sich um eine Larynxstenose wegen Paralyse der Erweiterer der Stimmritze, die die Tracheotomie nothwendig machte. Beide Patienten heilten nach Anwendung der specifischen Behandlung.

R. BOTEY.

173) **Touche. Die Larynxkrisen der Tabiker in ihren Beziehungen zu den anderen visceralen Krisen bei Tabes. (Les crises laryngées tabétiques dans leurs rapports avec les autres crises viscérales du tabès.)** *Presse Médicale. 30. August 1899.*

Die Verbindung der verschiedenen visceralen Krisen bei Tabikern ist seit langem bekannt. Charcot hat besonders auf das Nebeneinandervorkommen von Magen- und Kehlkopfkrisen hingewiesen. T. hat sich die Fragen gestellt:

1. ob dieses Nebeneinandervorkommen häufig ist;

2. ob die laryngealen Krisen auch mit anderen visceralen Krisen, ausser den Magenkrisen, verbunden sind.

Seine Untersuchungen erstreckten sich auf 40 Tabiker, die im Hospice de Brévannes behandelt wurden. Bei 12 von diesen 40 Kranken constatirte er Larynxkrisen, 11 von ihnen zeigten die Association mit anderen visceralen Krisen. Die Krise, die am häufigsten mit Larynxkrisen verbunden ist, ist die Magenkrise. Ganz ausnahmsweise beobachtet man neben den Larynxkrisen isolirte diarrhoische Krisen, ziemlich oft aber gastrische Krisen mit rectalen und diarrhoischen Krisen zusammen.

PAUL RAUGÉ.

174) **H. Burger** (Amsterdam). **Die experimentelle Recurrensparalyse und die experimentelle Posticus-Ausschaltung.** *Onderzoekingen van het Physiologisch Laboratorium. Utrecht. V. 1. 1899.*

Vortrag mit Demonstration vor der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Juni 1899. B. demonstrirt zwei Hunde mit doppelseitig durchschnittenen Recurrentes, einen Hund mit exstirpirtem linken Posticus und einen Hund mit exstirpirtem linken Posticus und durchschnittenem rechten Recurrens. Diese Demonstrationen bilden eine volle Bestätigung der in B.'s Arbeit in Fraenkel's Archiv (Bd. IX, S. 203) niedergelegten Auffassungen.

Autoreferat.



175) **Dupont Verwendung des Phonographen zur Aufzeichnung von Sprachstörungen. (Application du phonographe à l'enrégistrement des troubles de la parole.)** *Société de Neurologie. 6. Juli 1899.*

D. hat mit Hülfe des Phonographen die Modificationen der Sprache bei den verschiedenen Delirien, bei progressiver Paralyse, bei multipler Sklerose etc. studirt.

PAUL RAUGÉ.

176) **Francis J. Quinlan. Anscheinende Trachealstenose in einem Falle von Aneurysma des Aortenbogens. (Apparent tracheal stenosis in a case of aneurism of the arch of the aorta.)** *Laryngoscope. December 1899.*

Eine tiefe Tracheotomie besserte die Cyanose; dieselbe kehrte aber wieder und der Patient starb nach 3 Tagen. Die Autopsie ergab ein enormes, nicht-rupturirtes Aneurysma des Aortenbogens. EMIL MAYER.

177) **S. E. Allen. Dyspnoe verursacht durch die Drüsen um die Trachea. (Dyspneea from glands about the trachea.)** *Journal Amer. Med. Association. 23. September 1899.*

4jähr. Kind bekam plötzlich Anfälle von schwerer Dyspnoe. Die Tracheotomie ergab keine Ursache derselben, die Wunde heilte wieder und einen Monat später starb das Kind ganz plötzlich. Die Section ergab eine grosse Menge geschwollener Drüsen rings um die Trachea; eine derselben war erweicht und in die Trachea hinein ulcerirt. EMIL MAYER.

178) **Frederick L. Classen Lymphadenitis der retrotrachealen Lymphdrüsen, ein Aortenaneurysma vortäuschend. (Lymph-adenitis of the retro-tracheal glands simulating aortic anourism.)** *Albany Med. Annals. October 1899.*

Die Ueberschrift erklärt den Fall. EMIL MAYER.

179) **T. Park West Vergrösserte Bronchialdrüsen. (Enlarged bronchial nodes.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 12. October 1899.*

Bericht über 8 Fälle, in denen die Diagnose auf vergrösserte Bronchialdrüsen gestellt wurde. Die Patienten consultirten Verf. wegen des begleitenden Hustens. Die Kinder hatten sämmtlich vergrösserte Halsdrüsen. Bei sechs von ihnen waren ausserdem die Axillar- und bei fünf die Inguinaldrüsen geschwollen. Alle hatten grosse Tonsillen. Zwei hatten Adenoide mit Behinderung der Nasenathmung und bei dreien war die Milz palpabel. Verf. glaubt, dass diese Drüsenschwellungen eine locale Manifestation des „Status lymphaticus“ darstellen. EMIL MAYER.

180) **H. v. Schroetter** (Wien). **Ueber Bronchoskopie.** Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 24. November und 15. December 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 48. 1899.*

Dem Vortragenden gelang es in einem Falle, einen Fremdkörper (Bleiplombe) aus einem Bronchus zweiter Ordnung auf bronchoskopischem Wege per vias naturales zu sehen und auf diesem Wege zu entfernen. CHIARI.

f. Schilddrüse.

181) **Chauncy R. Burr. Die Schilddrüse und die Menopause. (The thyroid gland and the menopause.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 21. December 1899.*

Ein Fall von Basedow-artigen Erscheinungen, der dem Verf. zur Erörterung der Frage Anlass giebt, ob nicht an den nervösen Erscheinungen des Climacteriums in vielen Fällen eine gesteigerte Function der Schilddrüse Schuld ist. Dass zwischen den Generationsorganen beider Geschlechter und der Schilddrüse ein Zusammenhang besteht, ist wohl bekannt. EMIL MAYER.

182) **Capobianco** und **Mazziotti. Entfernung der Nebenschilddrüsen. (Removal of the accessory thyreoid glands.)** *N. Y. Med. Journal. 16. Dec. 1899.*

Wenn von den 4 Nebenschilddrüsen bei der Operation nur eine zurückbleibt, tritt das fatale Resultat, das die Verff. sonst bei der experimentellen Parathyroidectomie regelmässig constatiren, nicht ein. Die Verff. weisen darauf hin, dass sich nirgends besser als bei den Nebenschilddrüsen das Gesetz demonstriren lässt, dass ein relativ kleiner Theil eines Organplexus die Function des Ganzen zu unterhalten vermag. LEFFERTS.

183) **F. Alan G. Murray. Ein Fall von Typhus complicirt mit Schilddrüseneiterung und Orchitis. (Report of a case of typhoid fever complicated by suppurating thyroid gland and orchitis.)** *Philadelphia Medical Journal. 16. December 1899.*

Der Patient, der etwa eine Woche vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus erkrankt war, litt zweifellos an Typhus. Aus dem Schilddrüsenabscess wurden Typhusbacillen gezüchtet. EMIL MAYER.

184) **J. A. Springle. Der Kropf. Seine Aetiologie und sein Vorkommen im District von Montreal. (Goitre. Its etiology and incidence in the district of Montreal.)** *Montreal Med. Journal. December 1899.*

In den abgelegeneren Theilen der Provinz ist der Kropf recht häufig, aber nicht in der Stadt Montreal selbst. Verf. sah keinen Fall von Cretinismus verbunden mit Kropf. In demselben Gebiet kommt auch bei Thieren der Kropf vor. Wahrscheinlich ist das Wasser für das Vorkommen der Erkrankung verantwortlich.

EMIL MAYER.

185) **Schiff** (Wien). **Ein Fall von beweglicher Struma substernalis.** Demonstr. in der k. k. Ges. d. Aerzte in Wien vom 27. October 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1899.*

Nachdem mittelst Radioskopie ein substernaler Tumor nachgewiesen und durch weitere Untersuchungen ein Aneurysma oder Tumor mediastinalis ausgeschlossen war, wurde obige Diagnose gestellt. Der Tumor wird bei sehr kräftigen Hustenstössen in jugulo sichtbar, sinkt jedoch bei Exspirationsstellung sofort

wieder hinab. Die Struma wurde später (s. Wiener klin. Wochenschrift No. 51, 1899) exstirpirt. Heilung.

CHIARI.

186) **A. W. Sheen. Ein Fall von secundärer Geschwulstbildung bei Kropf. (A case of secondary thyroid growth.)** *Brit. Med. Journal. 21. Oct. 1899.*

58jährige Frau, seit ihrem 20. Lebensjahre mit einem grossen Kropf behaftet. Seit etwa 5 Jahren hat sich bei der Pat. eine zweite Geschwulst entwickelt, die in der linken Occipitalregion sitzt. Dieselbe ist schmerzhaft und pulsirt. Man hört ein schwaches Geräusch über derselben. Nach Unterbindung der linken Carotis externa verschwanden der Schmerz und die subjectiven Symptome im Ohr. Die Unterbindung der linken Art. occipitalis blieb ohne Effect. Ein Versuch der Exstirpation misslang, da die Geschwulst fest mit dem Knochen verwachsen ist und starke Blutung eintrat.

ADOLPH BRONNER.

187) **Boufflenr. Die Behandlung des Kropfes. (The treatment of goitre.)** *N. Y. Medical Record. 25. November 1899. N. Y. Medical Journal. 2. December 1899.*

Der Erfolg der Behandlung hängt ab von der genauen und frühen Diagnose der Natur des Kropfes. Die Struma ist innerlich mit Jod oder Thyroidextract und mit parenchymatöser Injection von Jodoform oder Carbolsäure zu behandeln. Versagen diese Mittel, dann ist die Enucleation oder partielle Thyroidectomie angezeigt. Adenome werden enucleirt, wenn der Tumor klein ist; bei grossem Tumor wird die partielle Thyroidectomie gemacht. Bei Cysten wird entleert und Jodoformemulsion oder Carbolsäurelösung injicirt; im Falle von Recidiv muss die Cyste enucleirt werden. Bei Sarcom und Carcinom ist die Totalexstirpation der Thyreoidea mit nachfolgender Darreichung von Thyroidextract am Platze.

LEFFERTS.

188) **Francis J. Shepherd. Einige Bemerkungen über die Symptome und operative Behandlung des Kropfes, speciell bei Basedow'scher Krankheit. (Some remarks on the symptoms and operative treatment of bronchocele, especially in relation to Graves' disease.)** *Montreal Med. Journal. December 1899.*

Ist die Kropfbildung durch eine Cyste bedingt, so hat die Operation unmittelbaren und vortrefflichen Erfolg. In Fällen von wahrer Basedow'scher Krankheit ist die Besserung nicht so gross. Verf. empfiehlt die Operation für alle Fälle, in denen der Kropf rapides Wachsthum zeigt.

EMIL MAYER.

189) **Milton P. Creel. Zur Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The treatment of exophthalmic goitre.)** *Medical Mirror. December 1899.*

C. behandelt mit galvanischer Elektrisirung und Jodsyrup. Von 10 Fällen hat er 8 geheilt.

EMIL MAYER.

190) **P. Courmont** (Lyon). **Basedow'sche Krankheit und Myxoedem. (Goitre exophthalmique et myxoedème.)** *Société des Sciences méd. de Lyon. 6. December 1899.*

Nachdem er die Dehnung der Sympathici ohne vollständigen Erfolg geübt hat, will C. jetzt die Schilddrüsentherapie anwenden.

PAUL RAUGÉ.

191) **Zabludowski. Locale Massage bei Basedow'scher Krankheit. (Local massage in exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. News. 23. December 1899.*

Z. erzielt mittelst der localen Massagebehandlung beim Morb. Basedowii in 4—6 Wochen ausgesprochene Besserung. Die Massage des Kropfes ist besonders, wenn es sich um die weiche pulsirende Form handelt, von entschiedenem Nutzen. Die Schilddrüse wird mit beiden Händen von oben nach unten und von einer Seite zur anderen geknetet, wie wenn man einen Schwamm ausdrückt. Dies wird gut ertragen, wenn nur ein Theil der Drüse auf einmal in Angriff genommen wird. Ist der Kropf sehr empfindlich, so knetet ihn Z. nur mit einer Hand und übt mit der anderen die Percussion der Spina aus, die auf die Tachycardie günstig einwirken soll. Ausserdem werden grössere Nervenstämme (Sympathicus, Vagus, Occipitalis, Cervicalnerven u. a.) mit intermittirender vibratorischer Percussion behandelt und passive Bewegungen des ganzen Körpers ausgeführt.

LEFFERTS.

192) **Mabille Schilddrüsen-Behandlung. (Thyroid medication.)** *N. Y. Med. Record. 2. December 1899.*

Die störenden Begleiterscheinungen der Schilddrüsenbehandlung — Schwindel, Schlaflosigkeit, Zittern, Athemnoth, Palpitationen u. s. w. — fallen fort, wenn gleichzeitig Fowler'sche Lösung gegeben wird. Grosse Dosen von Thyroidin werden dann vertragen. M.'s Thierexperimente scheinen diese Erfahrung, die er an Menschen gemacht hat, zu bestätigen. LEFFERTS.

193) **Emory Lanphear. Die Resection der Halsganglien des Sympathicus bei Epilepsie, Glaucom und Morbus Basedowii. (Operation on the cervical ganglia of the sympathetic for epilepsy, glaucoma and exophthalmic goiter.)** *Amer. Journal of Surgery and Gynecology. December 1899.*

Von rein chirurgischem Interesse. EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

194) **Véron** und **Decloux Varicöse Geschwüre im Oesophagus. (Ulcérations variqueuses de l'oesophage.)** *Société anatomique. 1. December 1899.*

47jährige Frau, Alkoholistin, die an Blutungen aus geplatzten Varicen der Speiseröhre zu Grunde gegangen ist. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt venöse Erweiterungen im submucösen Gewebe des unteren Theiles der Speiseröhre mit Hypertrophie der Muskelschicht. PAUL RAUGÉ.

195) **Doerr** (Wien). **Demonstration eines Falles von röhrenförmiger Abstossung des Oesophagus bei einer Natronlauge-Verätzung.** K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, Sitzung vom 1. December 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 49. 1899.*

Der Titel besagt den Inhalt. CHIARI.



196) **F. Barberá** (Valencia). **Ein Fall von voluminösem Fremdkörper, der während 34 Tage in der Portio intrathoracica des Oesophagus festsass; Entfernung auf natürlichem Wege; Heilung. (Caso de cuerpo extranno voluminoso implantade en la porcion intratoracica del esofago durante 34 dias, extraccion por las vias naturales. Curacion.)** *Revist. Valenc. de Cienc. Medic. No. 9. 1899.*

In dem mitgetheilten Falle handelte es sich um einen 48jährigen Mann, welcher einen Knochen verschluckt hatte. Mittelst des Oesophagoskops konnte der Fremdkörper erkannt und auf natürlichem Wege entfernt werden. R. BOTEY.

197) **A. Fraenkel** (Wien). **Ueber die nach Verdauungsgeschwüren der Speiseröhre entstehenden narbigen Verengerungen.** *Wiener klinische Wochenschrift. No. 42. 1899.*

Fraenkel bespricht einen diesbezüglichen Fall, sowie zwei Präparate als Beweise für das Vorkommen von Verdauungsgeschwüren im Oesophagus.

CHIARI.

198) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Narbige Strictur des Oesophagus. (Cicatricial stricture of the oesophagus.)** *Australasian Med. Gazette. 20. December 1899.*

Die Stenose entwickelte sich nach Verschlucken eines für Pferde bestimmten Liniments. Sie wurde durch Bougies, die der Pat. sich selbst einzuführen lernte, überwunden. A. J. BRADY.

199) **G. Borchgrevink** (Christiania). **Die tiefsitzenden Aetzstricturen des Oesophagus und ihre Behandlung durch retrograde Dilatation. (De dybtsiddende aetsningsstrikturer af Oesophagus og deres Behandling. — Retrograd Dilatation.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. p. 1178. 1899.*

Verf. vertheidigt die Ansicht, dass die an der Cardia sitzenden Aetzstricturen am besten mittelst Gastrotomie und Dilatation von dem Magen aus (retrograde Dilatation) behandelt werden. Er illustrirt seine Anschauung an 4 Fällen, die einen guten Ausgang hatten. SCHMIEGELOW.

200) **F. Bauer** (Schweden). **Krebs des unteren Theiles der Speiseröhre. Gastrostomie. (Cancer partis inferioris oesophagi. Gastrostomia.)** *Hygiea. p. 546. 1899.*

Der Titel giebt den Inhalt. SCHMIEGELOW.

201) **Milian. Krebs des Oesophagus, die Aorta einhüllend ohne deren Wand zu perforiren. (Cancer de l'oesophage englobant l'aorte sans en envahir la paroi.)** *Soc. anatomique. 22. December 1899.*

Demonstration der Präparate. Der Krebs sitzt im mittleren Theil der Speiseröhre. Diese ist mit der Aorta verwachsen, die Wand der letzteren nicht perforirt.

PAUL RAUGÉ.



III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Paul Viollet. Untersuchungen über die Abwehrmittel des Organismus gegen die Infection der Athemwege im Bereich der Nasenhöhle: Leukocytose und Phagocytose. (Recherches sur les moyens de défense de l'organisme contre l'infection respiratoire au niveau des fosses nasales. Leucocytose. Phagocytose.)** Paris. Verlag von J. B. Baillière et Fils. 19 Rue Hautefeuille. 1900.

Eine grosse Anzahl von Arbeiten in den letzten 10 Jahren beschäftigt sich mit der Lösung folgender beiden Fragen: 1. Kommen normaler Weise Mikroorganismen in der gesunden Nase vor? 2. Welche Rolle spielt der Nasenschleim bei dem Schutz des Organismus gegen Infection? Obgleich die Antworten, welche die verschiedenen Autoren auf diese Fragen gaben, noch immer Differenzen aufweisen, glaubt Viollet doch aus allem vorhandenen Material folgende Schlüsse mit einer gewissen Sicherheit ziehen zu können: 1. Die normale Nase enthält Mikroorganismen, aber in geringer Anzahl. 2. Der Nasenschleim ist nicht baktericid, wenigstens nicht für die gewöhnlichen pathogenen Keime.

Zwischen diesen beiden Sätzen scheint ein gewisser Widerspruch zu liegen — Wenig Keime und dabei der Nasenschleim nicht baktericid! Viollet führt diesen Widerspruch darauf zurück, dass die Autoren, die sich mit diesen Fragen beschäftigen, sie ausschliesslich vom rein bakteriologischen Standpunkt betrachteten und darüber einen anderen ebenso wichtigen Factor übersahen, nämlich die Rolle, welche die soliden Elemente (les éléments figurés) des Nasenschleims, speziell die Leukocyten, gegenüber den Staubpartikelchen und Infectionskeimen spielen. Die Lücke, die hier besteht, auszufüllen, bemüht sich Viollet in seiner vorliegenden Doctorthese.

In der ersten Hälfte seiner Brochüre giebt V. einen interessanten Ueberblick über die Literatur seines Gegenstandes und eine Kritik aller früheren Untersuchungen. In der zweiten — etwa 50 Seiten starken — berichtet er über seine eigenen Experimente. Er kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

1. Die körperlichen Elemente des Schleims und besonders die Leukocyten sind ohne Zweifel die einzigen activen Factoren zur Vertheidigung des Organismus gegen Infection, so weit die Nasenhöhlen in Betracht kommen.

2. Leukocyten finden sich in grosser Zahl im normalen und pathologischen Schleim, der sie aus dem Chorion der Schleimhaut bezieht.

3. Dieselben sind mit amöboiden Bewegungen begabt, welche sie im Glase bei Körpertemperatur mehrere Stunden lang beibehalten.

4. Dieselben sind — wie das Experiment lehrt — im Stande, Staubpartikel (Carminkörnerchen) zu resorbiren (einzuschliessen).

5. Sie enthalten häufig Bakterien in grösserer oder kleinerer Zahl (Phagocy-

tose). Man constatirt dies leicht an dem Schleim bei hypertrophischer oder atrophischer Rhinitis, der an Bakterien reich ist.

Es scheint, als wäre die Resorption lebender Keime durch die Leukocyten des Nasenschleims im Experiment demonstrirbar; V.'s Versuche sind mit dem Pneumobacillus und dem Sreptococcus angestellt.

6. Die phagocytären Eigenschaften der Leukocyten erklären leicht das schnelle Verschwinden von in die Nase eingebrachten Staubkörnern und Infectionskeimen, welche weder den Schleim ausreichend zu zerstören noch die Cilien mechanisch hinwegzuschaffen im Stande sind.

Wir müssen es dem Leser überlassen, die Versuche, auf die V. seine Schlüsse gründet, nachzulesen und mit den Experimenten der früheren Autoren zu vergleichen. Für uns ist es nicht zweifelhaft, dass die Phagocytose als Abwehrmittel in der Nase ebenso eine Rolle spielt, wie an anderen Stellen des Körpers — denn alle Gewebe und alle Secrete helfen mit zur Sterilisirung des lebenden Organismus. Aber ebenso wenig ist es uns zweifelhaft, dass V. in der Deutung seiner Versuche viel zu weit geht, wenn er sich zu der Behauptung versteigt, dass die Leukocyten das einzige active Element zum Schutze der Nase sind. Er stellt dies als Schluss hin, ohne den Beweis dafür erbracht zu haben. Die Phagocytose ist vielmehr nur eines der schützenden Elemente. Dieses eine näher studirt zu haben, ist ein Verdienst der Viollet'schen These. St. Clair Thomson.

---

b) Ramón de la Sota y Lastra (Sevilla). **Theoretisches und praktisches Handbuch der Nasenkrankheiten.**

Genanntes Werk bildet den ersten von drei Bänden, in denen Verf. die krankhaften Processe der Athmungs- und Verdauungswege behandelt. Nach einer längeren Vorrede, in der er die Geschichte der Laryngologie und Rhinologie in Spanien und in verschiedenen andern Ländern auseinandersetzt, beginnt Verf. seine Arbeit mit einer kurzen Uebersicht sowohl der Anatomie der Nasenhöhlen, welche durch verschiedene Abbildungen illustrirt sind, als auch der Physiologie derselben, in ihrer Eigenschaft als Geruchs-Athmungsorgan, als auch bezüglich ihrer Wichtigkeit für die Renosanz des Tones in der Stimme. — In die näheren Untersuchungsmethoden eingehend, zieht S. für die Rhinoscopie das Speculum nasi von Voltolini allen andern vor; für die Rhinoscopia posterior bedient er sich mit Vorliebe des Zeigefingers. — In ausführlicher Weise behandelt Verf. sodann die verschiedenen Nasenleiden, Rhinitis acuta, Hydrorrhoea nasalis, Rhinitis chronica. Hinsichtlich letzterer ist S. in ihrer Prognose zu pessimistisch, indem er sie, geschützt auf seine praktische Erfahrung, als ernst ansieht. Für die Behandlung derselben bedient er sich der bekannten chirurgischen Eingriffe, Cauterisation, scharfer Löffeln, Nasenscheere etc. — Die Rhinitis purulenta der Kinder ist seiner Ansicht nach lymphatisch-scrophulösen Ursprungs und die erste Periode der später auftretenden Ozaena, welche mit Eiterung ihren Anfang nehme und mit der Atrophie

der Nasenschleimhaut ende. — Betreffs der Aetiologie des Rhinoscleroms glaubt Verf. nicht an einen parasitären Ursprung und erwähnt den Fall eines 16jährigen Mädchens, welche mittelst Eisenpräparaten und allgemeinen hygienischen Vorschriften geheilt wurde. — Besondere Aufmerksamkeit schenkt S. der Rhinitis diphtherica, welche nach ihm manchmal der erste Abschnitt einer ernsten Rachen-Kehlkopfdiphtherie ist, aber oft von den Praktikern übersehen wird, sowie der Rhinitis syphilitica, deren verschiedene Manifestationen je nach den drei bekannten Perioden der Infection er eingehend schildert. Hierbei berichtet er einige von ihm beobachtete Fälle von grossen Zerstörungen des Nasenskeletts und des Gaumens. — Die Rhinitis tuberculosa scheidet er in eine primäre und secundäre; die letztere erscheint je nach ihrer Form als ulceröse und als wuchernde. Der Hauptsitz beider ist die Nasenschleimhaut. S. beschäftigt sich sodann mit der Differentialdiagnose zwischen dieser Krankheit und dem Lupus und der Syphilis der Nase. — Besonders interessant und lehrreich ist sein Capitel über Rhinitis luposa, von ihm 1893 bereits eingehend behandelt (in der Zeitschrift von Burnett in Philadelphia), sowie dasjenige über Nasenlepra (1893 in derselben Zeitschrift behandelt). Die zahlreichen von ihm im Hospital für Leprakranke in Sevilla, sowie in der medicinischen Schule beobachteten Fälle von Nasenlepra haben es ihm ermöglicht, in lehrreicher Weise und mit grosser Sachkenntnis die Symptome jener Krankheit zu beschreiben, deren Studium um so werthvoller ist, als nur sehr wenige Rhinologen bisher dieselbe eingehend behandelt haben. Trotz der ernsten Prognose des Leidens erwähnt S. einen Fall von Lepra, der mit Heilung ablief. In dem Abschnitte über Parasiten in den Nasenhöhlen räth er zu Naseninjectionen von Chloroform, in gleichen Theilen von Wasser aufgelöst, behufs Entfernung von Fliegen und anderen Insekten. — Das Capitel über Nasengeschwülste wird ebenfalls vom Verf. ausführlich behandelt; es enthält jedoch nichts, was besonders erwähnenswerth wäre. — Hinsichtlich der Deformitäten des Nasenskeletts hält er die Abweichungen und Verdickungen der Nasenscheidewand für die Ursache mannigfacher Nasenleiden, wie Nasenrachencatarrh, Verengerung der Nase, Epistaxis, Anämie, Näseln und Taubheit. Bei der Epistaxis ist das vordere, untere Ende des Septum der gewöhnliche Sitz der Blutung. Die Behandlung richtet sich nach der Ursache; aber in jedem Falle muss auch eine Localbehandlung vorgenommen werden. — Die Nasenreflexe scheidet S. mit Chiari in solche, welche in der Nase selbst ihren Ursprung haben, und diejenigen, welche in andern Organen auftreten. Zu den ersteren zählt er die Hydrorrhoea, das Niesen und auch das Hauterysipel, zu den letzteren Husten, Asthma, Schwindel, Hemicranie, Chorea, Spasmus glottidis, Epilepsie, Salivation, Photophobie, Neurasthenie etc. Die Behandlung richtet sich natürlich ebenfalls je nach der Ursache. — S. beendet sein Werk mit dem Capitel der Krankheiten der Nasen-Nebenhöhlen. — Verf.'s Werk ist sicherlich ein guter, empfehlenswerther Führer hinsichtlich des Studiums der Krankheiten der Nase und der Nasenhöhlen. R. Botey.

---

c) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 28. April 1899.

Vorsitzender: Dr. Middlemas Hunt.

Lennox Browne: Ergänzender Bericht über einen in der letzten Sitzung vorgestellten Fall von Epitheliom.

Der Fall betraf einen älteren Mann mit einer Geschwulst im Kehlkopf, die als Epitheliom diagnosticirt war. Dieselbe blieb die $2^1/_2$ Jahre, die der Pat. in Beobachtung war, unverändert in ihrem Aussehen. Redn. hat kürzlich ein Stückchen der Geschwulst abgetragen zur mikroskopischen Untersuchung. Das Resultat dieser bestätigte die frühere Diagnose. Wenn der Fall einerseits die Möglichkeit maligner Umbildung eines gutartigen Tumors im Larynx erweist, so zeigt er andererseits auch, dass eine Reizung durch intralaryngeale Eingriffe zu diesem Vorgang nicht nothwendig ist.

Wyatt Wingrave berichtet über den Untersuchungsbefund an dem excidirten Stückchen: „dasselbe ist ein Stück von einem diffusen Papillom und besteht fast ganz aus einem geschichteten Epithel, das die bestimmte Anordnung einer histologisch unschuldigen Geschwulst zur Schau trägt. Nur an einigen Stellen macht sich eine deutliche Neigung der Zellen zur Gruppirung in Nestern geltend, die nicht mehr papillomatösen Charakter tragen, sondern jungen Epithelperlen ähnlich sehen. Im Centrum dieser Nester sind die Zellen sehr wechselnd in Grösse und Gestalt, ebenso die Kerne; das Epithel zeigt hier eine Activität, die der Rest des Gewebes nicht besitzt." W. schliesst danach, dass „das relativ ruhige Papillom der ersten Untersuchung in einer Veränderung zu grösserer Activität begriffen ist und stark auf histologische Malignität weist."

Der Vorsitzende hält nach diesem Bericht die Malignität der Geschwulst für wahrscheinlich, aber keineswegs für absolut erwiesen.

Bark hat an dem Falle nichts gesehen, was auf Malignität hinweisen könnte, und ist jetzt von dem Präparat, das in der That einem Epitheliom ähnlich sieht, ziemlich überrascht.

Lennox Browne schlägt vor, den Fall seinem natürlichen Verlaufe zu überlassen.

Middlemas Hunt: Ein Fall von hysterischer Aphonie von 11jähriger Dauer.

Die Patientin wurde nach einem schweren seelischen Shock sprachlos. Nach 4jährigem Stummsein begann sie zu flüstern und wieder 5 Jahre später begann sie mit einer rauhen Stimme zu sprechen, die durch Vibrationen der falschen Stimmbänder hervorgebracht war. Jetzt vor 6 Monaten kehrte im Anschluss an eine grosse Erregung die normale Phonation wieder.

Lennox Browne hält den Fall für neu und eigenartig. Die Erscheinung, dass ein Patient, der Sprache und Stimme durch Shock verloren hat, im leb-

haften Wunsche zu sprechen den Gebrauch der Taschenbänder sich aneignet, ist bemerkenswerth.

Dundas Grant bespricht die Möglichkeit des Eintretens der Taschenbänder für die Stimmbänder unter Benutzung des Inspirationsstroms. Der Fall H.'s erweist jedenfalls, dass der Pat. ernstlich bemüht war zu sprechen, dass also thatsächliche Schwierigkeiten der Phonation entgegenstanden.

Wyatt Wingrave hat einen ähnlichen Fall gesehen, bei dem eine ausgesprochene Adduction der Taschenbänder neben Aphonie und Parese des Gaumens bestand. Die Anamnese ergab nichts von Diphtherie. W. glaubt, dass diese Adduction der Taschenbänder von dem langen Bestehen der Aphonie abhängig ist und deshalb bei hysterischer Aphonie nicht oft zu Gesicht kommt.

Middlemas Hunt hat einen Fall von 3jähriger Dauer beobachtet, bei dem wiederholt der electrische Stom ohne Nutzen applicirt worden ist. Die Stimme wurde sogleich wiederhergestellt, als man zu inspiratorischen Phonationsübungen schritt.

Abercrombie: Ein Fall von Kehlkopfpapillom.

Neunjähriger Knabe, seit kurzer Zeit an nasaler Verstopfung und Heiserkeit leidend. Ein gestieltes Papillom von Bohnengrösse und -Form sass am Rande des linken Stimmbandes an der Vereinigung des vorderen und mittleren Drittels. Das hintere Ende des linken Stimmbandes ist defect, mit dem Taschenband verwachsen. Das Papillom wurde mit der Schlinge entfernt, doch ist bereits ein Recidiv in der Entwicklung begriffen. Es soll jetzt die nasale Verstopfung behoben werden und Redn. ist gespannt darauf, welche Veränderungen im Zustand des Larynx dieser Eingriff bringen wird.

Lennox Browne hält den Eingriff, den A. gemacht hat, für berechtigt und wohl gelungen, hätte aber gewünscht, dass er erst die nasale Verstopfung beseitigt hätte, um den Einfluss dieses Momentes auf das Neoplasma kennen zu lernen. Die Deformität des Stimmbandes in seinem hinteren Theile hält er für entzündlich und nicht für congenital.

Dundas Grant schreibt der Verstopfung der Nase in diesem Falle besonderes Interesse zu, weil das Recidiv so sehr schnell zu erfolgen scheint. Er hält die locale Application einer alkoholischen Lösung von Salicylsäure für sehr werthvoll zur Verhütung von Recidiven.

Der Vorsitzende kann einen wirklichen Defect am hinteren Stimmbanddrittel nicht erkennen. Es besteht vielmehr eine papillomatöse Verdickung am Rande des Stimmbandes in seinen vorderen Theilen und diese fehlt im hinteren Drittel. — Er hat niemals ein Beispiel dafür gesehen, dass Beseitigung nasaler Verstopfung zur Atrophie laryngealer Papillome führte, und er glaubt auch nicht, dass in der Mehrzahl der Fälle von Kehlkopfpapillom Verstopfung der Nase besteht.

Lennox Browne weist darauf hin, dass die nasale Verstopfung anerkanntermaassen eine Ursache laryngealer Hyperämie ist. Er verfügt auch über eine persönliche Beobachtung, dass Entfernung von Adenoiden bei einem Kinde das Wachsthum eines Kehlkopfpapilloms zum Stillstand brachte. Er hat dies Kind, dessen

Fall in seinem Lehrbuch erwähnt ist, nach mehreren Jahren wiedergesehen; seine Stimme war klar, der Tumor nicht wieder gewachsen.

Bark behandelt einen Fall von Kehlkopfpapillom, bei dem ausgesprochene Verstopfung der Nase und Adenoide vorhanden waren. Die Nasenpassage wurde wiederhergestellt und doch erwies sich später noch die Entfernung der laryngealen Geschwülste als nothwendig.

Lennox Browne will bei dieser Gelegenheit auch den Fall einer jungen Dame erwähnen, die einen enormen Nasenpolypen und ausserdem eine Reihe von Warzen an der Seite des Halses hatte. Kurz nach der Entfernung des Polypen waren alle Warzen verschwunden.

Dundas Grant: Asymmetrie der Stirnhöhle, bei der Operation erkannt.

Redn. berichtet über die Details eines Falles, in dem die physikalischen Zeichen einer Siebbeineiterung die Eröffnung der Stirnhöhle von aussen her erforderlich machten. Die Oeffnung wurde an der rechten Seite angelegt, an der normalen Stelle, wie sie von Chipault näher bestimmt worden ist. Als man die Sonde tiefer einführte, stellte sich heraus, dass dieselbe in das linke Infundibulum drang und in der linken Nasenseite wieder erschien. Es musste nun eine zweite Oeffnung weiter nach rechts unten angelegt werden.

Milligan hat eine ähnliche Erfahrung gemacht.

Dundas Grant: Ein Fall von Operation bei Stirnhöhlenentzündung mit nicht-befriedigendem Resultat wegen Einlegung eines Gazetampons statt eines Drainrohrs.

Die Einlegung des Gazetampons bewährte sich schlecht. Der Eiter unterminirte die Weichtheile und die Operation musste erneuert werden.

Milligan hat ebenfalls mit der Tamponade üble Erfahrungen gemacht. Er legt jetzt stets ein Drain ein und hält die äussere Wunde 48 Stunden offen.

Hill hält es für rathsam, das Infundibulum ordentlich zu erweitern; dann ist weder ein Drain noch ein Gazetampon nöthig und die äussere Wunde kann unmittelbar geschlossen werden.

Grant schliesst sich dem von Milligan Gesagten an. Er hat mit dieser Methode zufriedenstellende Resultate erzielt.

Bark stimmt den Aeusserungen Hill's zu.

Stoker erwähnt einen Fall, der durch Oxygenbehandlung geheilt wurde.

Chichell Nourse: Empyem der Stirnhöhle durch das Infundibulum behandelt.

Redn. berichtet über einen Fall von chronischem Empyem der Stirnhöhle, bei dem er ein Hartgummidrain durch die natürliche Oeffnung einführte, die Höhle durch Ausblasung reinigte und die Tube liegen liess. Der Pat. ist nicht vollständig geheilt, aber doch sehr wesentlich gebessert.

Milligan hebt die bloss palliative Natur einer derartigen Behandlung hervor, sowie die Gefahr der Einführung von Instrumenten von unten her.



Dundas Grant hat von der Medication durch die natürliche Oeffnung wiederholt gute Erfolge gesehen; besonders war dies der Fall bei den nach Influenza auftretenden Fällen.

Bark hat einen Fall beobachtet, in welchem der Patient die Operation verweigerte. Er legte ein Gummidrain in das Infundibulum und injicirte durch dieses Medicamente mit dem Erfolge, dass der Ausfluss wesentlich abnahm. In einem zweiten Falle aber, den er ebenso behandelte, blieb jeder Erfolg aus und es musste die Operation von aussen gemacht werdeu.

Lennox Browne hält das Liegen der Tube in dem vorgestellten Falle für nützlich, obgleich es die spätere Operation nicht wird ersparen können.

Sitzung vom 27. October 1899.

Vorsitzender: Dr. Barclay Baron.

Der Vorsitzende hält eine Ansprache über:

„die Beziehungen der allgemeinen Medicin zur Laryngologie, Rhinologie und Otologie."

Darauf stellt er einen Fall vor von doppelter Uvula bei einem Kinde, das gleichzeitig einen merkwürdigen Sprachdefect hatte.

Wingrave hält den Fall für eine Gaumenspalte und glaubt, dass der Sprachfehler andere Ursachen hat.

Abercrombie stellt wieder seinen Fall von Kehlkopfpapillom vor, den er in der Aprilsitzung gezeigt hat. Inzwischen sind die Mandeln und Adenoiden entfernt worden und danach ist die Geschwulst mit Adstringentien behandelt worden; sie ist jetzt erheblich verkleinert.

Whistler demonstrirt ein Instrument für die Spinen der Nasenscheidewand.

Reid erläutert für Orwin einen Apparat zur längeren Application von Hitze an den verschiedenen Körperregionen.

Tresilian stellt einen Fall von Neubildung in der linken Kieferhöhle bei einem Kinde mit erheblicher Anschwellung der linken Backe vor.

Es schliesst sich eine Discussion über den Sitz und die Natur der Geschwulst an.

Tresilian spricht dann über einen Fall von Anosmie nach Kopfverletzung.

Nourse stellt für Dr. Jakins einen Fall von maligner Neubildung im Kehlkopf bei einem Phthisiker vor.

Wyatt Wingrave stellt einen Fall von Eiterung der Kieferhöhle vor. Der dauernde Schmerz und der Ausfluss aus der linken Nase hatten sich an die vor 12 Monaten erfolgte Extraction eines oberen Molarzahnes angeschlossen.

Bei der Untersuchung fand sich eine kleine Oeffnung in der Alveole, durch die eine feine Sonde nach der Nasenhöhle geführt werden konnte. Diese Oeffnung wurde mit dem Bohrer erweitert, wobei sich ein stinkender Eiter entleerte.

Ernest Waggett.

---

d) Dänischer oto-laryngologischer Verein.

II. Sitzung am 21. October 1899.

Vorsitzender: E. Schmiegelow.

1. G. Kjaer stellt einen 57jährigen Mann mit einer Geschwulst im Larynx vor. Vor 2 Jahren begann der Pat. heiser zu werden und Schlingbeschwerden zu bekommen; im Uebrigen hat er sich gut befunden, alle Functionen sind in Ordnung, er ist nicht mager geworden. Im Larynx befindet sich, von der rechten Seitenwand ausgehend, ein recht bedeutender Tumor, mit rother, geschwollener, nicht ulcerirter Schleimhaut bedeckt. Der Tumor verdeckt den grössten Theil der beiden Stimmbänder — doch sieht man bei der Intonation das vordere Drittel der Glottis. Wenn der Pat. sich ruhig hält, sind keine Respirationsbeschwerden vorhanden, bei Bewegungen aber kommt stridulöse Respiration. Der Tumor wölbt sich auch gegen den Oesophagus hervor. Diagnose: Carcinoma laryngis. Behandlung: Operation nicht indicirt. Bei event. eintretender Laryngostenose: Tracheotomie.

Schmiegelow ist mit dem Redner betreffs der Diagnose einig, meint aber doch, dass eine kräftige, antiluetische Behandlung versucht werden müsse — doch kaum ambulant, aus Rücksicht auf ein eventuelles Jodödem — welche ja eine augenblickliche Operation erfordern könnte. Sollte man an eine operative Behandlung dieses Falles denken, müsste es eine totale Exstirpation des Larynx und eine partielle Resection des Pharynx sein.

Grönbeck wollte in Anbetracht des dem Pat. unerträglichen Zustandes, mit einer trachealen Canüle herumzugehen und zu verhungern, eine theilweise Entfernung der Geschwulst durch eine Schlinge anrathen.

2. Kjaer zeigt zwei mikroskopische Präparate von 1. Lupus nasi, 2. Tumor nasi, bei einer 54jährigen Frau entfernt. Der Tumor sass auf dem knorpeligen Theile des Septums; er war so gross wie eine Mark, fest und knorrig, Die Geschwulst wurde durch die Schlinge entfernt, bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sie sich als tuberculös.

3. Schmiegelow stellte ein 31jähriges Mädchen vor, das seit längerer Zeit laryngo-stenotische Zeichen dargeboten hatte und zwar in solcher Stärke, dass ihr Arzt vor drei Wochen sich veranlasst gefunden hat, die Tracheotomie vorzunehmen. Nach 4 Tagen versuchte man die Canüle zu entfernen, sie musste aber auf neue eingesetzt werden und wurde dann ungefähr 14 Tage getragen, nach welcher Zeit sie entfernt werden konnte. Redner dachte an die Möglichkeit eines

tuberculösen Leidens, da Pat. in ihrer Kindheit und Jugend Zeichen dargeboten hatte, die nach dieser Richtung hindeuteten. In den letzten Tagen sind keine Respirationsbeschwerden vorhanden gewesen. Der Larynx ist normal; man findet eine starke Pharyngitis, und mit Ausnahme von einem Trockenhustengefühl im Halse bestehen keine subjectiven Symptome. Diagnose: Functioneller Inspirations- und Intonationsspasmus. Behandlung: Allgemeintherapie (kalte Abreibungen) und psychische Behandlung; locale Behandlung der Pharyngitis.

4. Schmiegelow stellte einen 17jähr. Gärtnerlehrling mit doppelseitiger Abductorparesis vor. In seiner Kindheit war der Pat. gesund gewesen, wurde vor 3 Jahren bei einem Buchdrucker in die Lehre gegeben, bekam kurz danach Husten und Zeichen eines chronischen Brustleidens und musste deshalb seine Stelle verlassen, um auf dem Lande einen Platz als Gärtnerlehrling zu übernehmen. Anfangs ging es hier besser, aber allmälig entwickelten sich Zufälle mit Zeichen von Larynxstenose. Patient wurde sehr mager. Die beiden Stimmbänder stehen jetzt in der Intonationsstellung fest, mit einer kleinen dreieckigen Spalte nach hinten. Die Stimme ist normal. Die objective Untersuchung bietet sonst nichts Anormales dar. Es fanden sich keine Tuberkelbacillen. Die Drüsen am Halse sind ein wenig geschwollen.

Die Ursache der Lähmung ist schwer zu finden; es kann sich kaum um ein Leiden in dem corticalen Centrum handeln, da in diesem Falle auch eine Lähmung der Adductoren vorhanden sein würde, also Aphonie. Wenn man ein bulbäres Leiden vermuthen sollte (z. B. Tabes dorsalis), wäre es sonderbar, wenn sich nicht andere, sichere Zeichen einer solchen Krankheit finden sollten. Solche sind aber bei dem Patienten nicht vorhanden. Man muss auch daran denken, dass eine Bleiintoxication als ätiologisches Moment in Frage kommen könnte. Die laryngo-stenotischen Zeichen kamen aber erst zum Vorschein lange Zeit nachdem sich Pat. von der Buchdruckerwirksamkeit zurückgezogen hatte. Vielleicht darf man daran denken, dass eine Zeit lang nur eine einseitige Lähmung vorhanden gewesen ist, die ja keine Symptome giebt, und dass erst später auch die Lähmung der anderen Seite hinzugekommen ist. Dies ist aber höchst unwahrscheinlich. Aller Wahrscheinlichkeit nach muss man an einen Druck auf den peripheren Theil der Nerven denken — was die linke Seite betrifft — vielleicht durch geschwollene bronchiale Drüsen, auf der rechten Seite vielleicht durch starke pleuritische Verdickungen. Behandlung: Gute Nahrung; versuchsweise Jodkali.

5. Grönbeck erwähnt ein 8jähriges, im Uebrigen gesundes Mädchen mit einem Tumor im Nasen-Rachenraum. Derselbe füllte fast den ganzen Nasen-Rachenraum aus, er war fest, uneben, wie eine Tonsille. Diagnose: Fibrom.

III. Sitzung am 25. November 1899.

1. Grönbeck stellte ein junges Mädchen mit Tuberkulose in der Nase, dem Rachen und im Kehlkopf vor. Die Patientin ist 20 Jahre alt — sie war als Kind gesund gewesen — und hat keine Zeichen von Scrophulose dargeboten. Sie ist vor



einiger Zeit im Friedrichsberger Hospital wegen einer Dacryocystitis, sowie Adenitis colli behandelt worden; sie hatte damals auch eine stark näselnde Stimme mit verstopfter Nase. Der rechte Thränenkanal wurde gespalten und adenoide Vegetationen entfernt. — Stethoscopisch hat man eine Retraction der beiden Lungenspitzen mit bronchialer Respiration constatirt — aber keine Rasselgeräusche. Vor einem Monat kam Pat. zu dem Vortragenden. Ihr Aussehen war damals so, wie man es bei einem Patienten mit der torpiden Form der Scrophulose findet. Die Nase links vollständig verstopft — mit Granulationsgewebe erfüllt —, rechts geringe Luftdurchgängigkeit — doch fand sich auch rechts von der Concha inferior ausgehend eine erbsengrosse Intumescenz — ebenfalls aus Granulationsgewebe bestehend. Im Nasen-Rachenraum eine grosse Ulceration; der weiche Gaumen unbeweglich und stark infiltrirt und auf der Hinterwand desselben eine einzelne Ulceration; im Munde mehrere, kleinere Ulcerationen. Epiglottis stark geschwollen, besonders auf der linken Seite — ebenso die Plica aryepiglottica und die beiden falschen Stimmbänder; die wahren — so weit sich sehen liess — gesund. Reg. arytaenoidea zu dieser Zeit gesund — später ist besonders die linke Seite derselben afficirt worden. Die Behandlung bestand in Auskratzen des Granulationsgewebes der Nase mit scharfem Löffel — und später Pinseln der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes mit Sulforicinphenolnatrium (30 pCt.). Unter dieser Behandlung hat der Zustand der Patientin sich gebessert; der Appetit hat zugenommen; keine interne Behandlung. Die mikroscopische Untersuchung des entfernten Gewebes zeigte eine Menge von Riesenzellen — es fanden sich aber keine Tuberkelbacillen.

2. Kleine erwähnte ein 11jähriges Mädchen, bei welchem er Adenoide entfernt hat — und bei dem eine bedeutende Nachblutung eintrat, welche seiner Meinung nach mit einem bestehenden Magencatarrh in Zusammenhang steht. Die Patientin hatte sich wegen Schnupfens und häufigen Nasenblutens an ihn gewendet. Bei der Untersuchung der Nase fand K. eine kleine Ulceration auf der linken Seite des Septums; diese wurde mit Chromsäure geätzt. Nach 14 Tagen kam das Kind wieder — der Schnupfen war unverändert — die Stimme nasal — es war Hypertrophie der linken Concha inf. vorhanden — und reichliche Menge von adenoiden Vegetationen. Es wurde dann eine Ausschabung vorgenommen — wobei das Gottstein'sche Instrument angewendet wurde. Ungefähr 12 Stunden nach der Operation kam ein Eilbote: das Kind blute — und habe bereits eine Menge Blut ausgeworfen. K. fand das Kind sehr anämisch — den Puls klein. Die Blutung stand aber bald auf Darreichung von Eispillen mit Extr. fluid. hydrast. canaden. Die Ursache dieser Blutung liess sich nicht leicht erklären. Zur Operation war ein nicht neues und nicht besonders scharfes Instrument angewendet worden; die Pt. hatte keine Läsion von Knochentheilen erfahren; das Kind war zur Zeit der Operation vollständig gesund — hatte keine Angina; keine Hämophilie in der Familie. Die Massen sehen — mikroscopisch — wie typische aden. Veget. aus. Die Blutung gleich nach der Operation war nicht besonders stark. Es liesse sich vielleicht denken, dass die Ursachen ein bei dem Kinde vorher bestehender Catarrhus ventriculi sei, der durch die fortwährende Uebelkeit und das Erbrechen das Blutcoagulum von der Wunde entfernte. Schmiegelow ist am meisten geneigt, an eine leichte Angina oder vielleicht Veränderungen der Gefässe zu denken.

3. Norregaard stellte einen 14jährigen Knaben vor, der seit seinem elften Jahre zu wiederholten Malen wegen eines stets recidivirenden Fibroms im Nasenrachenraum operirt worden ist.

4. Ausserdem wurden mehrere otologische Fälle vorgestellt und diskutirt.

P. M. Buhl (Schmiegelow).

IV. Briefkasten.

Programm der Abtheilung für Kehlkopfkrankheiten der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Aachen, 16.—22. September 1900.

Einführender: P. Schmithuisen.
Schriftführer: Dr. A. Lieven, Dr. H. Dremmen.

Sitzungslocal: Gewerbliche Fachschulen, Martinstrasse, Zimmer No. 23, 1. Stock.

Angemeldete Vorträge:

1. Braun, M. (Triest): Vibrationsmassage der oberen Luftwege mittelst Sonden, demonstrirt an Kranken. Specielle Berücksichtigung derselben in der Nase bei Stirnhöhlencatarrh und der Tube bei Schwerhörigkeit.
2. Fischenich, Fr. (Wiesbaden): Ueber Syphilis des Nasenrachenraumes. Heymann (siehe No. 8).
3. Lieven (Aachen): Zur Therapie der syphilitischen Nekrose des harten Gaumens.
4. Derselbe: Mercurielle Erscheinungen im Munde.
5. Schmithuisen, P. (Aachen): Zur Therapie der syphilitischen Nekrose des Nasenbodens.
6. Derselbe: Mercurielle Erscheinungen im Halse.
7. Derselbe: Vorstellung von Kranken mit typischen Nasen-Rachenpolypen und Demonstration der Nasen- und Rachenverhältnisse von Personen, welche durch Elektrolyse geheilt wurden.
8. Heymann, P. (Berlin): Zur Lehre von den Geschwülsten in der Nase.

Zu Vortrag 2 ist die Abtheilung 29 für Hautkrankheiten und Syphilis eingeladen.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, October. 1900. No. 10.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **Della Vedova** und **U. Ambrosini. Oto-Rhino-Laryngometrische Tabellen. (Tables oto-rino-laringométriques.)** *Annali di Laringologia etc. Januar 1900.*

Auf eigenen anatomischen Untersuchungen beruhende, sehr ausführliche Angaben der Massverhältnisse in Larynx und Nase. FINDER.

2) **C. H. Powell. Nasen- und Halsaffectionen. (Nose and throat affections.)** *North American Journal of Diagnosis and Practice. Januar 1900.*

Der ganze Artikel ist dem Lobe eines in P.'s Besitze befindlichen Mittels gewidmet. EMIL MAYER.

3) **J. Sendziak. Die krankhaften Veränderungen in Kehlkopf, Nase, Rachen und Ohr bei den acuten Infectionskrankheiten. (Zaburzenia nosowo-gardlano-krtaniowe-uszne przy ostrych chorobach zakarnych.)** *Pamietnik Towarzystwa lekarskiego. L. I. 1900.*

Verf. hielt über dieses Thema in der Warschauer medicinischen Gesellschaft einen Vortrag, in welchem er die in der Literatur niedergelegten Thatsachen unter Verwerthung seiner eigenen Erfahrungen zusammenstellt. Er bespricht systematisch sämmtliche acute Infectionskrankheiten. A. v. SOKOLOWSKI.

4) **Frank S. Milbury. Ueber Erkältung. (Taking cold.)** *Laryngoscope. Februar 1900.*

Nichts Bemerkenswerthes. EMIL MAYER.

5) **J. B. Selman. Kleidung, Erkältung und Catarrhe. (Clothing, colds and catarrhal disease.)** *Journal of Medicine and Science. Januar 1900.*

Ein Protest gegen unhygienische Kleidung. EMIL MAYER.

6) **O. F. Baerens. Catarrh. (Catarrh.)** *Wisconsin Medical Recorder. März 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

7) **A. J. Schellschmidt. Behandlung von Catarrhen. (Treatment of catarrh.)** *Medical Progress. März 1900.*

Nichts Bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

8) **John A. Thompson. Herzerweiterung als Complication bei obstruirenden Processen in den oberen Luftwegen. (Dilatation of the heart complicating obstructive lesions of the upper air passages.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. November 1899.*

Stenosen der oberen Luftwege sind gelegentlich mit Schwäche und Erweiterung des Herzens complicirt. Der Arzt wird gut thun, alle derartigen Fälle sorgfältig in Bezug auf den Zustand ihres Herzens zu untersuchen, ehe er sich zur Operation entschliesst.

EMIL MAYER.

9) **Ernest L. Shurly. Die Contagiosität der Lungenschwindsucht. (The contagiousness of pulmonary consumption.)** *The Physician and Surgeon. December 1899.*

S. bespricht die Frage der Anmeldepflicht und der Absonderung Tuberculöser. Der Arzt muss entscheiden, welcher Fall sich von Geschäften und Gesellschaft zurückziehen muss im Interesse derer, die durch ihn der Ansteckung ausgesetzt sind. Die Entscheidung ist schwer, denn natürlich kann nicht Jeder, der einen chronischen Husten hat, gleichsam aus dem menschlichen Verkehr verbannt werden.

EMIL MAYER.

10) **Flatau** (Berlin). **Zur Prophylaxe und Behandlung der Blutungen der oberen Luftwege.** *Deutsche Praxis. 3. 1900.*

Aus der kurzen Uebersicht über die verschiedenartigen Blutungen aus den oberen Luftwegen geht hervor, dass oft auf die Behandlung der einmaligen Blutung im Sinne der Prophylaxe weniger Gewicht zu legen ist, als auf die causale Therapie des Leidens, das die Blutung hervorrief. Auch so bedürfen manchmal Blutungen geringen Grades, den Nachweis ihrer Herkunft aus dem Gebiete der oberen Luftwege vorausgesetzt, nicht immer einer directen Behandlung, sie können schon stehen, wenn die sie unterhaltenden Schädlichkeiten vermieden werden.

SEIFERT.

11) **Bass** (Wien). **Neuere Methoden der Blutstillung.** *Klin. therapeut. Wochenschrift. No. 15. 1900.*

Bei spontanen, sowie postoperativen Nasenblutungen sollen sich 5 pCt. Gelatinelösungen — subcutan, als Tampons und direct eingegossen — sehr gut bewährt haben.

CHIARI.

12) **Geo. W. Crile. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen von gesteigertem barometrischen Druck und von Fremdkörpern in Rachen, Speiseröhre, Luftröhre und Kehlkopf. (Experimental researches on the effects of**

increased barometric pressure and of foreign bodies in the pharynx, oesophagus, trachea and larynx.) *N. Y. Medical News. 27. Januar und 24. Februar 1900.*

Die fleissigen Experimente C.'s, die in mehrfacher Hinsicht von Interesse sind, lassen sich im Referate nicht wiedergeben. LEFFERTS.

13) **J. J. Mackenzie. Eine Streptothrixform aus Wasser isolirt, die dem Diphtheriebacillus ähnlich sieht. (A streptothrix form isolated from water resembling diphtheria bacillus.)** *Journal Boston Society Medical Sciences. Januar 1900.*

Aus einer Wasserprobe gingen Colonien auf, die zuerst für Diphtheriebacillen gehalten wurden, bei der Untersuchung aber sich als Streptothrix erwiesen. EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Herm. Cordes. Ueber die schleimige Metamorphose des Epithels der Drüsenausführungsgänge in der Nasenschleimhaut.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. H. 1. p. 23. 1900.*

Verf. schliesst seine Ausführungen, die durch eine Reihe von Abbildungen illustrirt sind, mit folgenden Sätzen:

1. Die im hyperplastischen Epithel der Nasenschleimhaut bisweilen vorkommenden knospenartigen Gebilde sind nicht als selbstständige Schleimdrüsen aufzufassen.

2. Dieselben gehören vielmehr den normalen Schleimdrüsen an und werden hervorgerufen durch schleimige Metamorphose der den Ausführungsgang im Epithel begrenzenden Zellen.

3. Da es wegen des oft schrägen Verlaufes des Ausführungsganges unter dem Epithel nur selten an einzelnen Schnitten gelingt, den Zusammenhang von Ausführungsgang und Knospe nachzuweisen, können diese Gebilde leicht den Eindruck rein epithelialer Bildungen hervorrufen. F. KLEMPERER.

15) **W. S. Fowler. Acute Rhinitis. (Acute rhinitis.)** *Southern California Practitioner. Januar 1900.*

Nichts Bemerkenswerthes. EMIL MAYER.

16) **Bresgen** (Wiesbaden). **Ueber die Nothwendigkeit örtlicher Behandlung des frischen Schnupfens.** *Die ärztl. Praxis. 3. 4. 1900.*

Nach vorheriger Cocainisirung lässt Br. Kalium oder Natrium sozojodolicum (Vormittags und Abends) einblasen. SEIFERT.

17) **Redact. Notiz. Coryza. (Coryza.)** *N. Y. Med. Record. 31. März 1900.*

Rp. Pulv. Menthol. 0,25
Pulv. betol. 2,50



Cocain. muriat. 0,50
Pulv. Coffeae tostae 4,00.
M. D. S. Als Schnupfpulver zu gebrauchen.

LEFFERTS.

18) **Frederick H. Millener. Getrocknetes Suprarenalextract bei acuter Coryza. (Desiccated suprarenal extract in acute coryza.)** *Buffalo Medical Journal. März 1900.*

Das Extract verhütet Blutungen, da es die kleinen Gefässe zur Contraction bringt. Nach Beginn der Blutung ist das Mittel nicht mehr wirksam.

EMIL MAYER.

19) **Redact. Notiz. Gegen nasale Hydrorrhoe. (For nasal hydrorrhoea.)** *N. Y. Med. Journal. 10. Februar 1900.*

Atropin. sulfur. 0,0045
Strychnin. sulfur. 0,045
Syrup. Aurant. 360,0
M. D. S. 2mal täglich 1 Theelöffel voll.

EMIL MAYER.

20) **V. Melzi. Ein Fall von nasaler Hydrorrhoe. (A case of nasal hydrorrhoea.)** *N. Y. Med. Record. 3. Februar 1900.*

40jährige Frau, leidet seit 6 Jahren an einer nasalen Hydrorrhoe. Die chemische Untersuchung der Flüssigkeit scheint dafür zu sprechen, dass es sich nicht um Cerebrospinalflüssigkeit handelt. Eher gleicht das Secret der Thränenflüssigkeit, doch lässt sich eine Affection des Thränenapparates nicht nachweisen. Der Geruch ist intact. Die Nebenhöhlen sind frei. Alle therapeutischen Maassnahmen, darunter Vibrationsmassage, Atropin, Protargol, haben versagt.

LEFFERTS.

21) **Ludwig Hektoen. Spontanes Abfliessen von Cerebrospinalflüssigkeit aus der Nase. (Spontaneous escape of cerebrospinal fluid from the nose.)** *Indiana Medical Journal. Februar 1900.*

Der Artikel, der nichts Originelles enthält, basirt auf der bebannten Arbeit von St. Clair Thomson.

EMIL MAYER.

22) **W. Freudenthal. Fall von spontanem Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit durch die Nase.** *Medical Record. 10. Februar 1900. New Yorker Med. Monatschr. Februar 1900.*

Bericht eines Falles. Patientin leidet an beständigem Träufeln der Nase. Sie bekam das Leiden im Anschluss an ein hohes Fieber und bronchialen Husten. Wenn sie auf der Seite liegt, ist das Träufeln nicht so stark, als wenn sie den Kopf vornübergebeugt hält. Wenn sie auf dem Rücken liegt, träufelt die Nase überhaupt nicht, allein sie muss dann beständig husten und auswerfen. Chemische Untersuchung nicht vollständig. Reaction alkalisch. Spec. Gewicht 1007. Kein Mucin.

EMIL MAYER.

23) **Geo. S. Hull. Heilung nach Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit aus der Nase. (Recovery following escape of corebro-spinal fluid.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 24. Februar 1900.*

Der Fluss der Cerebrospinalflüssigkeit war die Folge eines schweren Kopf-

traumas. Er nahm allmählich ab und war nach 4 Wochen wieder vergangen. Der Geruchssinn, der nach der Verletzung verschwunden war, kehrte nicht wieder.

EMIL MAYER.

24) **G. Masini. Ueber Rhinitis caseosa. (Sulla rinite caseosa.)** *Annali di Laringologia etc. Januar 1900.*

Bericht über einen Fall dieser Erkrankung, die Ref. als Morbus sui generis betrachtet, dessen specifisches pathogenes Agens der Streptothrix albus ist. Derselbe wurde auch im vorliegenden Falle gefunden.

G. FINDER.

25) **P. H. Gerber. Chomaeprosopie und hereditäre Lues in ihrem Verhältniss zur Platyrrhinie und Ozaena.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie etc. Bd. X. p. 119. 1900.*

G. hat 407 Ozaenakranke in Bezug auf den Zusammenhang von Chomaeprosopie, Lues und Ozaena untersucht und stellt folgende Sätze auf:

1. Eine echte Rhinitis atroph. foet. werden wir immer da finden, wo wir gewisse Hemmungsbildungen des Nasengerüstes in Verbindung mit Epithelmetaplasie und gewissen Reductionsprocessen der Schleimhaut constatiren können.

2. Jene Hemmungsbildungen des Nasengerüstes werden wir in der Mehrzahl der Fälle in ihrem natürlichen Zusammenhange mit der entsprechenden Gesichtsschädelform finden (Chomaeprosopie-Platyrrhinie). — In anderen Fällen können sie durch pathologische Processe bedingt sein, so besonders durch hereditäre Lues.

3. In Ausnahmefällen kann auch durch das Zusammentreffen anderweitig bedingter Weite der Nasenhöhlen mit Epithelmetaplasie das Bild der Rhin. atr. foet. entstehen.

F. KLEMPERER.

26) **A. Desimoni. Ueber wahrscheinliche Ozaena-Epilepsie. Beitrag zur weiteren Kenntniss der Complicationen der Ozaena. (Sulla probabile epilessia ozenatose. Contributo alla più ampia cenoscenza delle complicazioni dell' ozaena.)** *Bollet. della malattie dell'orecchio etc. Mai 1900.*

Ref. berichtet über zwei Fälle von Ozaena, die mit charakteristischen epileptischen Anfällen complicirt waren. Aus der Anamnese beider Fälle ging hervor, dass der Beginn der Epilepsie zeitlich zusammenfiel mit einer Verschlimmerung eines schon seit Jahren bestehenden chronischen Katarrhs der Nase. Für den vom Verf. mit rühmenswerther Reserve und als „wahrscheinlich" angenommenen engeren Zusammenhang zwischen Ozaena und Epilepsie in seinen Fällen spricht der Umstand, dass die gegen erstere eingeleitete Therapie — Ausspülungen der Nase mit übermangansaurem Kali und einen um den anderen Tag wiederholte mehrstündige Application eines mit Kreosotglycerin (1 Theil Kreosot auf 4 Theile Glycerin) getränkten Wattebausches — den Erfolg hatte, dass die epileptischen Anfälle definitiv verschwanden. Verf. hat in beiden Fällen ausser anderen Mikroorganismen aus der Nasenhöhle seines Patienten einen Fränkel'schen Diplococcus von ganz besonders starker Pathogenität züchten können; es gelang mittels desselben, grosse Meerschweinchen — eine gegen Diplococceninfection besonders refractäre Thierart — innerhalb 20—24 Stunden zu tödten. Verf. er-

örtert die Möglichkeit, dass durch Anhäufung der Stoffwechselproducte dieser Diplococcen in seinen Fällen die epileptischen Anfälle hervorgerufen sein könnten.

G. FINDER.

27) **F. Siebenmann. Ozaena. (Ozaena.)** *N. Y. Med. Record. 24. März 1900.*

Verf. bespricht die Rhinitis atrophica simplex und foetida, die constant von Pharyngitis sicca begleitet werden. Er ist der Ansicht, dass der Hausarzt, der den Pat. regelmässig sieht und überwacht, bessere Behandlungsresultate zu erzielen vermag, als der nur gelegentlich consultirte Specialist.

LEFFERTS.

28) **Bommier. Behandlung der Ozaena. (Treatment of ozaena.)** *N. Y. Med. News. 24. Februar 1900.*

Verf. lässt zweimal täglich die Nasendouche gebrauchen und danach folgende Salbe in die Nase einführen:

Rp. Menthol. 0,25
Ac. boric. 1,50
Vaselin. 30,0
Ol. geran. rosat. gtt. 10
M. f. Unguentum.

LEFFERTS.

29) **D. Braden Kyle. Die Behandlung der atrophischen Rhinitis. (Treatment of atrophic rhinitis.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. März 1900.*

Bei vorgeschrittener Atrophie benutzt K. 1 : 500 Senföl, wenn dies nicht empfunden wird, 2, 3 oder sogar 4:500. Kann die zuletzt genannte Concentration ohne Schaden genommen werden, so darf man die Atrophie als vollständig und die Heilung für unmöglich ansehen. Innerlich verordnet K. Phosphor und Jod.

EMIL MAYER.

30) **Charles Moir. Methylenblau zur localen Application bei Erkrankungen der Schleimhaut. (Methylene blue as a local application in diseases of the mucous membrane.)** *Amer. Pract. and News. Januar 1900.*

M. rühmt das Mittel als sehr nützlich bei chronischer Mandelentzündung und atrophischer Rhinitis. (Seine Empfehlung gründet sich auf die Behandlung dreier Fälle und da er angiebt, in einem Falle auch vicariirende Menstruationsblutung aus der Tonsille geheilt zu haben, so ist seinem Urtheil gegenüber sicherlich Reserve am Platze. Ref.)

EMIL MAYER.

31) **Noebel** und **Löhnberg** (Zittau). **Aetiologie und operative Radicalheilung der genuinen Ozaena.** *Berliner klin. Wochenschr. 11—13. 1900.*

1. „Die weitaus meisten als Ozaena imponirenden Naseneiterungen beruhen auf Erkrankungen der Keilbein- und Siebbeinhöhlen. 2. Fötor, Atrophie und Borkenbildungen zeigende Naseneiterungen können auf ganz verschiedenen Ursachen beruhen, die meisten beruhen auf Herdeiterungen im Siebbein- und Keilbeingebiet. 3. Eine rationelle Behandlung der Ozaena im Einzelfalle kann erst erwartet werden, wenn ihre primären Ursachen aufgedeckt sind. 4. Da diese Ursachen meist Keilbein- oder Siebbeinempyeme sind, wird die Therapie der Ozaena eine chirurgische sein — oder sie wird erfolglos sein."

Wie man sieht, entsprechen diese Schlusssätze der Autoren Punkt für Punkt den von Grünwald vertretenen, bekannten und vielfach kritisirten Anschauungen.

ZARNIKO.

32) **E. C. Elliot. Einige Bemerkungen über die Erkrankungen des Auges, der Nase und des Halses beim Neger. (Some remarks on diseases of the eye, nose and throat in the negro.)** *Memphis Lancet. Januar 1900.*

Die Fälle von Hals- und Nasenerkrankungen, die E. unter Negern beobachtete, waren einige wenige hypertrophische Rhinitiden und eine erhebliche Anzahl von Syphilisfällen. Adenoide Vegetationen kommen beim Neger nicht vor.

EMIL MAYER.

33) **L. Polyák. Die Behandlung der Nasenmuschelhypertrophien. (Az orrkagyló hypertrophiák gyógykezelése.)** Vortrag, gehalten in der königl. Gesellschaft der Aerzte zu Budapest am 13. Januar 1900. — *Orvosi Hetilap. 1900.*

Hypertrophien der Muscheln sollen von den Schwellungszuständen scharf getrennt werden. Nach ausführlicher Würdigung der diesbezüglichen klinischen und histologischen Befunde, wobei Vortr. berichtet, dass es ihm gelungen ist, bei Hypertrophien der unteren Nasenmuscheln die Theilnahme des Muschelbeins mit Bildung von Osteoblasten nachzuweisen, werden die verschiedenen therapeutischen Eingriffe zur Beseitigung der Hypertrophien und Herstellung der Nasenathmung kritisch besprochen. Wahre Hypertrophien können nicht zur Resorption gebracht werden, folglich sind Nasenwaschungen, Einblasungen von Pulvern, Pinselungen, mechanische Dilatation und Vibrationsmassage schon a priori werthlos. Dass durch Aetzungen mit Chromsäure und ähnlichen Substanzen, ferner durch Galvanokaustik die Hypertrophien verkleinert werden können, steht ausser Frage, doch sind diese Verfahren langwierig, quälend und wissenschaftlich niemals radical, denn es wird stets viel hypertrophisches Gewebe zurückgelassen. Ist aber schon einmal die Beseitigung der Hypertrophien angerathen, so soll das schnell und gründlich in einer Sitzung geschehen, mit der kalten Schlinge, Messer oder Scheere. Zuweilen ist auch eine partielle Resection des freien Muschelrandes erwünscht, die totale Entfernung der unteren Muscheln hingegen niemals. Nach der Operation Tamponade 3—5 Tage lang. Complicationen, Wundinfection erlebte Vortr. bis jetzt niemals, und der Erfolg war stets zufriedenstellend.

Bei der Discussion erklären sich Zwillinger, Donogány und Némai für die Galvanokaustik und behaupten damit alles Krankhafte beseitigen zu können. Lénart hält den chirurgischen Eingriff unter Umständen für indicirt, doch erlebte er öfters gefährliche Nachblutungen, weshalb er jetzt nach der Operation eine Belloq'sche Tamponade applicirt. Baumgarten ist für die chirurgische Entfernung der Hypertrophien, während Morelli sich für Adstringentien und Dilatation äussert; ist ein chirurgischer Eingriff nothwendig, so bevorzugt er die Bohrmaschine.

v. NAVRATIL.

34) **Wm. D. H. Brown. Einige interessante Fälle von erworbener Syphilis des Halses und der Nase. (Some interesting cases of acquired syphilis of the nose and throat.)** *The Medical Fortnightly. 15. Januar 1900.*

Krankengeschichte von 3 Fällen, an denen nichts Ungewöhnliches ist. Der Verf. benutzt den galvanischen Strom zur Linderung der Schmerzen, 5—7 Milli-

ampères 3–7 Minuten lang mit dem positiven Pol, wenn der Schmerz fort ist, mit dem negativen Pol.

EMIL MAYER.

35) **W. S. Brenholtz. Syphilis der Nase und des Halses. (Syphilis of the nose and throat.)** *Pennsylvania Med Journal. Januar 1900.*

Als Contagionsquellen sind Leihbibliotheksbücher und öffentliche Trinkbecher genannt. Für die Coryza der Kinder wird ein Spray von Cocain 1 : 10000 empfohlen.

EMIL MAYER.

36) **M. Foucher. Syphilitische Nekrose der unteren Muschel. (Necrose syphilitique du cornet inferieur.)** *L'Union Médicale du Canada. März 1900.*

Nach einer wenige Tage durchgeführten Localbehandlung liess sich der necrotische Knochen leicht entfernen.

EMIL MAYER.

37) **W. C. Wood. Syphilitische Nekrose des harten Gaumens und der Nasenknochen. (Syphilitic necrosis of the hard palate and of the nasal bones.)** *Brooklyn Medical Journal. März 1900.*

Entfernt wurde der knöcherne Boden der Nase, der Vomer, die untere Muschel und einige Sequester vom Siebbein. Schliesslich zeigte sich auch das Stirnbein erodirt, der Sinus wurde eröffnet und mit Gaze ausgestopft. Der Fall beweist, dass weder der Vomer noch die inneren Nasenknochen die eigentliche Stütze der Nase sind.

EMIL MAYER.

38) **G. Prota** (Neapel). **Vegetative Tuberculose der Nase. (Tuberculosi vegetante del naso.)** *Arch. Ital. di Laring. Neapel. Januar 1900.*

Verf. bespricht in ausführlicher Darlegung die Literatur dieser Erkrankung, ihre Pathologie und Behandlung. Er theilt einen Fall von primärer Tuberculose der Nase mit. Der Pat. hatte aber einige Lupusknötchen am Ohr. Mit Ausnahme einer leichten Infiltration am Septum, die zurückblieb, scheint der Fall geheilt worden zu sein.

JAMES DONELAN.

39) **Frederick C. Cobb. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 4. Januar 1900.*

Verf. macht auf die Häufigkeit von Nephritis als Ursache von Nasenbluten aufmerksam und fordert in jedem Falle die Untersuchung des Urins. Zur Behandlung des Nasenblutens ist Suprarenalextract empfohlen worden. Dasselbe schädigt zwar die Nasenschleimhaut nicht, aber es ist doch zu bemerken, dass spätere Blutungen danach constatirt worden sind. Wenn die Tamponade erforderlich ist, sollen die Gazestreifen am Boden der Nase entlang eingeführt werden. (Das neuerdings mehrfach empfohlene Wasserstoffsuperoxyd erwähnt der Verf. nicht, ebensowenig die Gelatine, die auf Wattebäuschchen wie auch in intravenöser Injection gegeben worden ist.)

EMIL MAYER.

40) **A. B. Kelly. Nasenbluten aus den Ethmoidalvenen. (Epistaxis from the ethmoidal veins.)** *Lancet. 24. Februar 1900. New York Medical Record. 10. März 1900.*

Vier Fälle von schwerem recidivirenden Nasenbluten. In 3 Fällen trat das

Blut am oberen Ende der mittleren Muschel (!) hervor; im 4. war der Ursprung der Blutung nicht genau festzustellen. Alle 4 Fälle betrafen Erwachsene.

ADOLPH BRONNER.

41) **D. Richmond. Blutung durch den Thränencanal nach Tamponade der Nase. (Hemorrhage through the lacrymal duct after plugging the nares.)** *N. Y. Medical Record. 17. Februar 1900.*

Der Patient hatte einen schweren Typhus. Die Blutung aus der Nase trat mit starkem Temperaturabfall ein. Nachdem die Nase tamponirt war, sickerte das Blut aus den Thränenwegen.

LEFFERTS.

42) **Wm. F. Clevenger. Blutung in den Conjunctivalsack durch den Ductus nasalis nach operativer Entfernung einer Spina. (Hemorrhage into the conjunctival sac though the nasal duct, following an operation for the removal of a nasal spur.)** *Medical and Surgical Monitor. 15. Februar 1900.*

Die Operation wurde nach Anästhesirung mit Cocain und Suprarenalextract mittelst der Säge gemacht. Keine Tamponade. Es trat eine starke secundäre Blutung ein, bei der das Blut auch durch den Ductus nasalis ins Auge drang.

EMIL MAYER.

43) **C. Compaired** (Madrid). **Andauernde und häufig wiederkehrende Hämorrhagien der Nasenhöhlen. (Hemorragias de las fosas nasales persistentes y repetidas con mucha freenaccia.)** *El Siglo Medico. No. 15. April 1900.*

Genannte Nasenblutungen traten nach Verlauf eines typhösen Fiebers fast periodisch mit ungeahnter Stärke auf. Die rhinoskopische Untersuchung liess einen Riss des inneren Zweiges der Art. spheno-palatina mit Varicenbildung erkennen. C. behandelte letztere mit dem Galvanokauter und Tamponiren der Nasenhöhle mit in 5proc. Lösung von Chlorzink getränktem Wattebausch, wonach die Blutungen vollständig aufhörten.

R. BOTEY.

44) **J. V. Fitzpatrick. Nasenbluten. (Nasal hemorrhage.)** *Journal American Medical Assoc. 28. April 1900.*

Die bedrohliche Blutung folgte auf die galvanokaustische Abtragung der geschwollenen rechten unteren Muschel. F. fragt jeden Patienten, ob er Bluter ist. Der betr. Pat. hatte angegeben, dass er vor 10 Jahren eine schwere Blutung gehabt hat, seither aber nicht. Die Blutung wurde durch Gazetamponade gestillt, setzte aber beim Verbandwechsel wieder ein. Eine Ergotininjection machte erhebliche Allgemeinstörungen; Natrium bromatum dagegen wirkte gut. Vor jeder Blutung waren deutliche vasomotorische Störungen am ganzen Körper zu erkennen.

EMIL MAYER.

45) **P. S. Donnellan. Aetiologie und Behandlung des Nasenblutens. (The etiology and treatment of epistaxis.)** *Therapeutic Gazette. 15. März 1900.*

In einem von D. beobachteten Falle war das Nasenbluten verursacht durch eine complicirte Fractur der Nasenbeine und der Lamina perpendicularis des Siebbeins. Die Tamponade war erforderlich.

EMIL MAYER.



46) **W. E. Shaw. Eine Methode zur Stillung von Nasenbluten. (Instrument to control epistaxis.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 10. Februar 1900.*

Ein Stück Hühnerdarm wird in die Nase geschoben und aufgeblasen.

EMIL MAYER.

47) **Wm. Tudkins. Instrument zur Stillung von Nasenbluten. (Instrument to control epistaxis.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 10. Februar 1900.*

Verf. führt einen eingeölten Condom in die Nase und bläst ihn auf. Behufs Entfernung wird derselbe einfach angestochen. EMIL MAYER.

48) **Geo. L. Richards. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 17. März 1900.*

R. tamponirt die Nase mit Jodoformgazestreifen, die er in ein Gemisch von Wasserstoffsuperoxyd und einem antiseptischen Oel (enthaltend Menthol, Eucalyptus, Thymol und Campher in flüssigem Vaselin) taucht. LEFFERTS.

49) **Redact. Notiz. Forcirte Dilatation des Thorax als Mittel zur Stillung von Nasenbluten. (Forced dilatation of the thorax to arrest epistaxis.)** *Journal American Med. Assoc. 6. Januar 1900.*

Der Pat. sitzt aufrecht auf dem Stuhl, legt beide Arme über seinen Kopf und athmet ruhig und so tief als möglich mit offenem Munde. Dadurch werden die Kopf- und Halsvenen entleert und die Blutung kommt zum Stehen.

EMIL MAYER.

50) **Rendu. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Med. Record. 13. Januar 1900.*

Antipyrin. 0,5
Tannin. 1,0
Sacchari pulver. 10,0.
M. D. S. Pulver zum Einblasen in die Nase. LEFFERTS.

51) **J. C. Wilson. Gegen Nasenbluten. (For epistaxis.)** *Journal Amer. Med. Association. 24. Februar 1900.*

Verf. empfiehlt Applicationen von Eis auf die Nase und in den Nacken, oder langsame Instillation von sehr heissem Wasser in die Nase; ferner Einführung von Wattetampons, die angefeuchtet und dann in Antipyrin gerollt oder mit Extr. fluid. Hamamelis getränkt sind. Hält die Blutung trotz allem an, so muss die vordere und hintere Tamponade mit antiseptischer Gaze gemacht werden. EMIL MAYER.

52) **Frochon. Citronensaft bei Nasenbluten. (Lemon juice in epistaxis.)** *Dietetic and Hygienic Gazette. April 1900.*

In einem Falle von sehr schwerer Blutung erzielte F. durch eine einzige Injection von Citronensaft in die blutende Nasenseite sofortiges Stehen der Blutung.

EMIL MAYER.

53) **Struckmann** (Dänemark). **Untersuchungen von Schulkindern. (Undersøgelser af Skoleborn.)** *Ugeskrift for Laeger. p. 481. 1900.*

Verf. hat 650 Kinder von der Communeschule zu Nestoed in hygienischer Beziehung untersucht. Von den Resultaten, die er zusammenstellt, sei nur die

folgende Uebersichtstabelle betreffend die Häufigkeit adenoider Vegetationen mitgetheilt:

	Alter	6—8	9—11	12—14		
Anzahl von Untersuchten		104	136	80	320	
Knaben	leichte Fälle	26	39	17	82 = 25 pCt.	30 pCt.
	schwere Fälle	5	9	2	16 = 5 pCt.	
Anzahl von Untersuchten		70	120	61	251	
Mädchen	leichte Fälle	12	31	13	56 = 22 pCt.	30 pCt.
	schwere Fälle	7	8	5	20 = 8 pCt.	

Die Schüler wurden alle mittelst Digitalexploration des Nasenrachenraumes untersucht.

SCHMIEGELOW.

54) **L. Lichtwitz** und **J. Sabrazès. Blutbefund (hämatologische Formel) bei mit adenoiden Vegetationen behafteten Kindern und dessen Veränderung nach der Operation.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. p. 278. 1900.*

Die Verff. constatirten bei Kindern mit Adenoiden einen leichten Grad von Anämie und von Leukocytose, Vermehrung der Procentzahl und der absoluten Zahl pro cbmm der grossen mononucleären Zellen und namentlich der Lymphocyten und eosinophilen Zellen: dagegen eine Verminderung des relativen und absoluten Verhältnisses der neutrophilen polynucleären Zellen. Nach der Abtragung der Vegetationen hat die hämatologische Formel die Neigung, zur normalen Formel zurückzukehren. Die Verff. schreiben dem Blutbefund nicht allein ein theoretisches Interesse zu, sondern auch ein praktisches für die Diagnose und für die Entscheidung, ob die Operation indicirt ist.

F. KLEMPERER.

55) **Redact. Notiz. Die Beziehung der adenoiden Vegetationen zu gewissen Infectionskrankheiten der Kindheit. (The relation of adenoid vegetations to certain infections diseases of childhood.)** *The Medical Bulletin. Februar 1900.*

Primäre Localisation von Diphtheritis im adenoiden Gewebe kann unbemerkt bleiben. Ein Anfall von Adenoiditis während der Reconvalescenz von Diphtherie kann den Löffler'schen Bacillus zu neuer Energie erwecken und ein Recidiv verschulden.

EMIL MAYER.

56) **Lalatta. Ueber die Häufigkeit der adenoiden Vegetationen in der Provinz Parma.** *Associazione Medico-Chirurgica di Parma. 1. Januar 1900.*

Verf. hat bei einem Material von 2657 Patienten, die wegen Erkrankungen der Ohren, Nase oder des Kehlkopfes zur Untersuchung kamen, nur 64 (2,4 pCt.) gefunden mit Hypertrophie der Rachentonsille.

FINDER.

57) **De Rosa. Die adenoiden Vegetationen im Hinblick auf den Militärdienst.** *Giornal. Medic. del regio esercito. Februar 1900.*

Verf. räth den Militärärzten, in Fällen chronischen Nasen- und Rachenkatarrhs, sowie bei leicht eintretender Athemlosigkeit während des Dienstes an die Möglichkeit zu denken, dass die Beschwerden auf das Bestehen adenoider Vegetationen zurückgeführt werden können.

FINDER.

58) **T. Bobone** (San Remo). **Die frühzeitige Involution des adenoiden Gewebes an der Riviera. (L'involuzione precoce del tessuto adenoide sulla Riviera.)** *Bolletino delle Malattie dell'orecchio, della jole e del naso. März 1900.*

Verf. hat bisweilen beobachten können, dass bei Kindern, die mit adenoiden Vegetationen an die Riviera di Ponente gebracht wurden, ein verhältnissmässig schnelles Zurückgehen und sogar völliges Verschwinden der Wucherungen eintrat, ohne dass nachher irgendwelche Veränderungen an der Schleimhaut des Nasenrachenraumes zu constatiren waren. Ausgehend von der Thatsache, dass adenoide Wucherungen an der Riviera bei den Einheimischen ungemein selten sind, erklärt Verf. das Zustandekommen der von ihm beobachteten Erscheinung durch die Einwirkung des Klimas, als dessen charakteristische Eigenthümlichkeiten er bezeichnet: Trockenheit, Wärme und Klarheit der Atmosphäre. Besonders dem ersten Factor ist er geneigt, grosse Bedeutung beizumessen, da nach ihm die Häufigkeit der Adenoiden proportional ist der Feuchtigkeit der Luft.

FINDER.

59) **Arslan. Beziehung zwischen adenoiden Vegetationen und Augenaffectionen. (Rapporto delle vegetazioni adenoidi colle affezioni oculari.)** *Arch. Ital. d'Otologia. April 1900.*

Dass eine sog. ätiologische Beziehung zwischen den scrophulösen Augenaffectionen und adenoiden Vegetationen besteht, folgert Verf. daraus, dass bei mehreren unter den 16 gleichzeitig beide Zustände aufweisenden Patienten, die er beobachtete, die Augenerkrankung mit der Entfernung der adenoiden Wucherungen verschwand. Das Zustandekommen dieser Beziehung erklärt Verf. auf mechanische Weise: Infolge des durch die Verlegung des Nasenrachenraums behinderten Abflusses der Thränenflüssigkeit tritt Congestion und Katarrh der bei scrophulösen Individuen einen Locus minoris resistentiae bildenden Augenschleimhaut ein.

FINDER.

60) **Robert M. Lapsley. Nasale Verstopfung durch Adenoide. (Nasal obstruction due to adenoids.)** *The Medical Herald. Februar 1900.*

Nichts Bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

61) **R. W. Payne. Adenoidwucherungen im Nasenrachenraum als ursächlicher Factor bei Ohrenkrankheiten. (Nasopharyngeal adenoids a factor in ear diseases.)** *Pacific Medical Journal. März 1900.*

Die Adenoiden sind nicht immer in gleicher Weise vertheilt; bisweilen liegen sie so, dass sie auf die Tubenmündung drücken, die Nasenathmung aber frei lassen. Selbst wo sie in kleinen Mengen vorhanden sind, können sie irritirend wirken.

EMIL MAYER.

62) **A. Cobbledick. Einige Punkte von Interesse aus der Lehre von den adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums. (Some points of interest in the study of postnasal adenoids.)** *Clinical Journal. 16. Mai 1900.*

Die Bemerkungen knüpfen an 1668 Fälle an, die im Golden Square Hospital zur Beobachtung kamen. 32 pCt. der Fälle waren unter 6 Jahren, 54 pCt. zwischen 6 und 16 und 14 pCt. über 16 Jahre. Verf. bespricht die Symptome und Begleiterscheinungen der Adenoiden. Er erwähnt die oft vorkommende hypertrophische

Rhinitis, den hohen, spitzbogigen Gaumen, die Schwellung der Halsdrüsen, Ohrenaffectionen, trockenen Husten. Bei der Operation von Kindern wird Chloroform gegeben, bei Erwachsenen Stickoxyd. Letztere werden im Sitzen operirt, erstere zurückgelehnt; die Lagerung mit hängendem Kopf ist nicht nöthig. Auch eine Nachbehandlung ist nicht erforderlich. Bisweilen kommt Otitis media nach der Operation vor, bei Kindern gelegentlich auch Bronchopneumonie.

ADOLPH BRONNER.

63) **Brindel** (Bordeaux). **Folgewirkungen der Operation bei adenoiden Vegetationen.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 3—6. 1900.*

Die Arbeit ist in der Rev. hebd. de Laryng. etc. 1899, p. 38 als Originalarbeit erschienen.

CHIARI.

c. Mundrachenhöhle.

64) **B. Fränkel. Bemerkungen über den üblen Geruch aus dem Munde.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. p. 177. 1900.*

Um festzustellen, ob der Geruch der Nase oder dem Munde entstammt, hält F. dem Patienten ein derbes Papier gegen die Oberlippe unter die Nase, lässt ihn den Mund schliessen und durch die Nase, dann nur durch das rechte oder linke Nasenloch hauchen. Darauf hält er dem Patienten die Nase zu und lässt ihn durch den Mund hauchen. „Es ist dies für den Untersucher kein angenehmes und appetitliches Geschäft — aber wat möt, dat möt.“ Hat man festgestellt, dass der üble Geruch aus dem Munde kommt, so ist weiter zu eruiren, ob ein bestimmter Theil des Mundes oder des Pharynx für denselben verantwortlich ist. Zu diesem Zwecke betupft F. vermittelst eines Tamponträgers mit einem feinen Wattebausch die verdächtigen Stellen und riecht daran.

Nicht selten sind cariöse Zähne die Ursache des Fötors. Der zahnärztlichen Kunst gelingt es dann leicht, den Geruch zu beseitigen.

In anderen, ebenfalls nicht seltenen Fällen sind es die verschiedenen Tonsillen, welche den Fötor verbreiten, Retentionen in den Fossulae derselben oder auch kleine käsige Abscesse im Mandelgewebe bilden seine Quelle. F. empfiehlt Spaltung des letzteren, Erweiterung der Mündungen der Fossulae, Bepinselung mit Lugol'scher Lösung oder Amputation der Mandeln als die Mittel, durch die es dann häufig gelingt, den üblen Geruch zu beseitigen. Besonders macht F. auf die sogen. Plica tonsillaris und den Recessus tonsillaris aufmerksam, welche oft in stinkender Zersetzung begriffene eingedickte Secrete bergen. Durch Spaltung der Plica mit der Scheere unter Cocainästhesie wird in solchen Fällen Erfolg erzielt.

Gelingt es auf diese Weise, die Quelle des Geruches zu bestimmen, so ist die Therapie leicht und meist erfolgreich. Gelingt dies nicht, so ist anzunehmen, dass die Secrete der ganzen Schleimhaut in stinkender Zersetzung begriffen sind oder aber der üble Geruch aus den tieferen Respirationswegen oder dem Oesophagus stammt. Die Chancen für die Therapie liegen dann weniger



günstig; man muss sich damit begnügen, Mund und Schlund **häufig** mit bactericiden und gleichzeitig desodorisirenden Lösungen ausspülen zu lassen.

F. KLEMPERER.

65) **C. Travis Drennen. Sorge für Mund und Zähne bei Syphilitikern. (Care of the mouth and teeth in the syphilitic.)** *Memphis Medical Monthly. März 1900.*

D. empfiehlt, das aufgelockerte Zahnfleisch mit einem alkoholgetränkten Wattebausch abzureiben; ausserdem Wasserstoffsuperoxyd als Mundspülwasser.

EMIL MAYER.

66) **Redact. Notiz. Koplik's Zeichen bei Masern. (Koplik's sign in measles.)** *Maryland Medical Journal. Februar 1900.*

Koplik machte 1896 auf einen Ausschlag auf der Mundschleimhaut aufwerksam, der in der Mehrzahl der Masernfälle dem Hautexanthem eine erhebliche Zeit vorausgeht und der für Masern charakteristisch sein soll. Eine ähnliche Beobachtung hat Flindt bereits 10 Jahre früher gemacht, doch gelang es ihm nicht, derselben allgemeine Anerkennung zu verschaffen.

EMIL MAYER.

67) **E. K. Loveland. Ein Fall von Tetanus, in dem der Mund die wahrscheinliche Infectionsquelle darstellt. (A case of tetanus in which the mouth was the probable source of infection.)** *N. Y. Med. Record. 3. März 1900.*

Das Kind starb am 4. Tage. Kurz vor dem Tode konnte ihm Verf., als der Kieferkrampf etwas nachliess, in den Hals sehen. Er fand eine grosse Verletzung am Gaumen, das Gewebe der Mandeln, Uvula und des Zungenrückens war geschwollen und verändert. L. sieht in dieser Läsion den Sitz der Infection. Er glaubt, dass das Kind, das mit rostigen Nägeln und Werkzeugen gespielt hat, dabei am Gaumen sich eine Kratzwunde zugezogen hat.

LEFFERTS.

68) **Thambusti. Stomatitis diphtheroides. (Stomatite difteroide.)** *Academia Medico-Chirurgica di Palermo. 29. April 1900.*

Bei einem dreijährigen Kinde zeigte sich unter heftigem Fieber und Anschwellen der regionären Lymphdrüsen ein fibrinöser Belag des Zahnfleisches und am grössten Theil des harten Gaumens; Gaumenbögen und Mandeln waren frei von Belag, jedoch stark geröthet.

Die bacteriologische Untersuchung der Pseudomembranen ergab die fast ausschliessliche Anwesenheit einer Pilzart, Oospora Doriae, einer Species angehörend, der man bisher pathogene Eigenschaften nicht zugeschrieben hatte.

G. FINDER.

69) **Colombini. Ein Fall von gonorrhoischer Stomatitis. (Un caso di stomatite gonococcica.)** *Società medico-fisica universitaria di Sassari. 23. März 1900.*

Die bei einer erwachsenen weiblichen Person beobachtete Erkrankung begann mit Gefühl von Trockenheit und Hitze im Munde, es folgte vermehrte Speichelsecretion, intensiver Schmerz und starker Fötor ex ore. Nach einigen Tagen wurde das Kauen unmöglich. Die Untersuchung ergab ganz diffuse Röthung der Mundschleimhaut, erhebliche Schwellung der Zunge und die Anwesenheit rund-

licher, weissgrauer, verschieden grosser Flecke auf der Schleimhaut der Wange, dem Zahnfleisch und der Zunge. Die Untersuchung des entnommenen Materials ergab, dass es sich um eine durch den Gonococcus Neisser hervorgerufene Affection handelte.

G. FINDER.

70) **W. C. Cohall. Gangränöse Stomatitis mit Streptococcenserum behandelt. (Gangrenous stomatitis treated with anti-streptococcus serum.)** *Philadelphia Medical Journal. 17. Februar 1900.*

Im Anschluss an Typhus trat eine sehr ausgedehnte Gangrän des Mundes auf. Trotz radicaler Operation kam es zu einem Recidiv. Da weitere Operationen thatsächlich unmöglich waren, wurden 10 ccm Antistreptococcenserum injicirt. Der Erfolg war ein unmittelbarer. Nach einer zweiten Injection kam es rasch zu vollständiger Heilung.

EMIL MAYER.

71) **Janovsky** (Prag). **Ueber das Verhältniss der Leukoplakia oris zur Syphilis.** *Wiener med. Wochenschr. No. 48—51. 1899.*

Nach Vorführung der diesbezüglichen Literatur giebt J. seiner Ansicht dahin Ausdruck, dass es nächst der Leukoplakie, welche in einem entfernteren oder genetischen Verhältniss zur Syphilis steht, auch eine Leukoplakie giebt, die sich bei Diabetes, Dyspepsien und Gastrointestinalkrankheiten überhaupt, dann manchmal auch durch directe Reizung der Zunge oder Wangenschleimhaut (Tabak und Alkohol) entwickelt. — Bezüglich der Therapie bewährte sich als Mundwasser u. A. recht gut eine 1proc. Salollösung mit etwas spirituösem Zusatz, ferner Bepinselungen mit Perubalsam. — In stärkeren Graden eignet sich die Anwendung von Resorcinpasta. Bei syphilitischen Leukoplakien sind zweckmässig Bepinselungen mit einer Sublimatlösung (1 : 40) vorzunehmen.

CHIARI.

72) **Kreibich** (Wien). **Histologie des Pemphigus der Haut und der Schleimhaut.** *Archiv f. Dermat. u. Syphilis. L. Bd. p. 375.*

Von Pemphigus der Schleimhaut untersuchte K. zwei Stellen vom Zungenrand, deren Grund lebhaft roth und epithellos war, deren Rand keinen abgehobenen Epithelsaum mehr zeigte und über welchen kein nennenswerther Belag sich fand — ferner zwei scheinbar mit dünnem Epithel überzogene Plaques der Epiglottis. Wahrscheinlich wird in der Regel das Epithel bis zu den Basalzellen abgehoben und letztere verlieren ihre Kernfärbbarkeit.

CHIARI.

73) **Wälsch** (Prag). **Ueber einen Bacterienbefund bei Pemphigus vegetans nebst Bemerkungen zur Differentialdiagnose zwischen Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen.** *Archiv f. Dermat. u. Syphilis. L. Bd. p. 71.*

Die Affection begann im Pharynx und Mund und breitete sich allmählich über einen grossen Theil der äusseren Hautdecke aus. — Die genauen bacteriologischen Untersuchungen führen W. zu dem Schlusse, dass die bisher zur Trennung der Löffler'schen Bacillen von jenen der Hoffmann-Wellenhof'schen Gruppe herangezogenen differentialdiagnostischen Charaktere nicht ausreichen, um eine stricte Trennung zu rechtfertigen, da ein nach Grösse und Wachsthumform

zur letzteren Gruppe gehöriger Mikroorganismus gerade die für die Diagnose „Löffler's Bacillus" als beweisend angesehenen Merkmale aufweisen kann.

CHIARI.

74) **J. Walkowski. Zur Frage der Uebertragung der Maul- und Klauenseuche von Thieren auf Menschen. (W sprawie udzielania sia zarazy pyskoworacienej bydte ludziom.)** *Przeglad lekarski. No. 26. 1900.*

Während einer ziemlich ausgedehnten Epidemie von Maul- und Klauenseuche, welche unter dem Rindvieh des Kreises Koreszowice (Galizien) herrschte, beobachtete Verf. auch eine kleine Epidemie von Stomatitis aphthosa bei ca. 20 Menschen (besonders bei Kindern), welche er in Zusammenhang mit der Maul- und Klauenseuche bringt. In sämmtlichen Fällen war der Verlauf ziemlich typisch: initialer Frost, mässiges Fieber (3 bis 4 Tage) und ziemlich reichliche Pustelbildung auf der Schleimhaut des Mundes und Rachens, Schwellung des Zahnfleisches, Foetor ex ore, Appetitlosigkeit. Die Pusteln trockneten nach 3—4 Tagen aus, das Fieber hörte auf und sämmtliche Kranken genasen bald.

Bacteriologische Untersuchungen wurden nicht vorgenommen.

A. v. SOKOLOWSKI.

75) **Redact. Notiz. Gegen hartnäckige Aphthen. (Intractable aphthae.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 10. Februar 1900.*

Acid. salicyl. 1,8
Alcohol 7,8
Glycerin. q. s. ad 30,0.

EMIL MAYER.

76) **Perthes** (Leipzig). **Ueber Noma und ihren Erreger.** *Archiv f. klin. Chir. 59. Bd. 1899.*

Die Noma ist eine Mycose, die zu Stande kommt auf dem Boden einer besonderen durch Infectionskrankheiten, Masern, Typhus, schlechte Ernährungsverhältnisse und kindliches Alter geschaffenen Prädisposition. Sie wird hervorgerufen durch einen Keim, der in seiner botanischen Stellung etwa die Mitte hält zwischen den Bacillen und den höher organisirten Fadenpilzen. Dieser Mikroorganismus bildet in dem erkrankenden Gewebe Fäden von oft beträchtlicher Länge und Mächtigkeit. Aus diesen entstehen feinere Fadenbildungen, welche durch Aneinanderlegung und Verflechtung ein Mycel entstehen lassen, das an der Grenze zwischen lebendem Gewebe und nekrotischem Gebiet eine solche Dichtigkeit hat, dass man fast sagen kann: das Gewebe werde ersetzt durch ein Fasergestrüpp. Die feinsten Endausläufer haben Spirillenform. Sie dringen in das noch lebende Gewebe vor, umspinnen die Zellen und verursachen den Tod.

SEIFERT.

77) **Hanszel. Ueber Speichelsteinbildung.** Aus dem poliklinischen Ambulatorium für Nasen- und Halskrankheiten des Prof. O. Chiari in Wien. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 7. 1900.*

H. sah in letzter Zeit drei Fälle von Sialolithiasis, von welchen im ersten Falle das Concrement aus der Submaxillardrüse durch den Speichelstrom erst später in den Ductus Whartonianus gelangte, während in den beiden anderen Fällen die Concrementbildung jedenfalls im Ductus selbst erfolgte. — Nach Be-

sprechung der bezüglich der Steinbildung in Frage kommenden, ätiologischen Momente im Allgemeinen nennt H. in einem seiner Fälle Bacterien, im anderen chronische Entzündung der Drüsensubstanz mit consesutiver Secretstauung und Eindickung des Secretes und endlich einen lange Zeit dauernden Insult der Sublingualgegend durch das Mundstück einer Tabackspfeife als Ursachen der Concrementbildung in den 3 beschriebenen Fällen.

CHIARI.

78) **G. Frank Lydston. Eine neue Operation wegen Speichelfistel. (A new operation for salivary fistula.)** *International Journal of Surgery. Februar 1900.*

Verf. beschreibt die einfache und directe Operation, die er bei der Parotisfistel anwendet.

EMIL MAYER.

79) **Nobl. Exfoliationsprocess der Zungenoberfläche.** Wiener dermatol. Gesellschaft, Sitzung vom 21. Februar 1900. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 12. 1900.*

Es handelte sich um die unter verschiedenen Namen beschriebene Glossitis superficialis exfoliativa, die oft allen Behandlungsmethoden trotzt und auch in ätiologischer Beziehung noch nicht klargestellt ist. Symptomatisch setzen Touchirungen mit concentrirter Lapislösung die Schmerzhaftigkeit sehr herab.

CHIARI.

80) **Henry Böhm. Die Lingua geographica bei Kindern. (The geographical tongue in childhood.)** *N. Y. Med. Record. 30. December 1899.*

Der Vergleich gewisser Erkrankungen der Zunge mit der Form einer Landkarte ist nach B. zuerst von Santluss gemacht worden. Möller's Glossitis superficialis ist mit der geographischen Zunge nicht identisch, da diese schmerzlos, die von Möller beschriebene chronische Excoriation aber hervorragend schmerzhaft ist.

B. hält das Leiden bei Kindern keineswegs für ungewöhnlich. Die Mehrzahl der Fälle betrifft Kinder unter 2 Jahren. Meist tritt es bald nach der Geburt auf, in einem Theil der Fälle im 1. Lebensjahre, selten später. Die Dauer der Krankheit erstreckt sich über Jahre, ein zeitweises Verschwinden für kürzere oder längere Frist ist nichts Ungewöhnliches. Die anatomische Basis der Erkrankung ist noch nicht aufgeklärt. In $^2/_3$ seiner Fälle constatirte B. Beziehungen zu Tuberculose und Scrophulose. Indess ist der innere Zusammenhang beider Affectionen, wenn auch wahrscheinlich, doch noch nicht erwiesen.

LEFFERTS.

81) **C. Chauveau. Verschiedene Formen von Glossodynie. (Des variétés de glossodynie.)** *Arch. general. de méd. Januar 1900. N. Y. Medical Record. 27. Januar 1900.*

Unter dem Namen der Glossodynie hat man sehr verschiedenartige Affectionen zusammengefasst. Unter Berücksichtigung ihrer Aetiologie und Entwickelung lassen sich dieselben folgermaassen eintheilen:

1. secundäre Glossodynien bei Trigeminusneuralgie,
2. die Glossodynien der Irren, Paralytiker etc.,



3. die der Tabiker,
4. die der Hysterischen,
5. rheumatische Glossodynie, schliesslich
6. die Glossodynien aus localen äusseren Ursachen, wie Zahnerkrankungen, schlecht sitzendes Gebiss, oder localen inneren Ursachen, d. h. Erkrankungen der Zunge selbst (Glossitis, Varicen etc.).

Der Verf. würdigt die früheren Arbeiten auf diesem Gebiete, speciell die von Verneuil, Viennois, Butlin etc. Die häufigste locale Ursache der Glossodynie ist nach ihm die papilläre Hypertrophie der Regio foliacea. Ch. bespricht die Zeichen dieser Affection eingehend und empfiehlt galvanische Cauterisation.

A. CARTAZ.

82) **F. Pluder. Zwei Fälle von Ueberbeweglichkeit der Zunge.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. X. p. 265. 1900.*

Der erste Patient schlägt seine Zunge nach oben um und benutzt sie zur Reinigung und Abtastung des gesammten Nasenrachenraums; der andere, der an Oesophagismus leidet, führt sie tief in den Rachen, um Bissen, die ihm im Anfangstheil des Oesophagus stecken geblieben sind, wieder heraufzubringen. Eine schädliche Bedeutung hat diese abnorme Zungenbeweglichkeit — Zungenakrobatik, wie P. sagt — bei beiden Patienten nicht gehabt.

F. KLEMPERER.

83) **D. Tanturri** (Neapel). **Tuberculose der Zunge. (Sulla tuberculosi della lingua.)** *Arch. Ital. di Laringol. Neapel. Januar 1900.*

Innerhalb 10 Jahren unter 10744 Patienten der Massei'schen Klinik wurden nur 2 Fälle von Tuberculose der Zunge beobachtet. Verf. bespricht diese seltene Krankheit sehr eingehend. Er ist mit Massei der Ansicht, dass man stets von Tuberculose, statt von Lupus reden müsse.

JAMES DONELAN.

84) **J. Heller** (Charlottenburg). **Beiträge zur Syphilis der Zungentonsille.** *Berliner klin. Wochenschr. 9. 1900.*

Vortrag in der Berliner laryngol. Gesellschaft am 19. Juli 1899. Vergl. den betr. Sitzungsbericht in diesem Blatte.

ZARNIKO.

85) **J. Grant Andrews. Papillom der Zunge. (Papilloma of the tongue.)** *N. Y. Medical Record. 24. Februar 1900.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem manches auf carcinomatöse Degeneration des Papilloms hindeutete. Nach der Exstirpation trat ein Recidiv in den submaxillaren Lymphdrüsen auf.

LEFFERTS.

86) **L. A. Parry. Hemiatrophie der Zunge. (Hemiatrophy of the tongue.)** *Lancet. 24. Februar 1900.*

Ein 50jähriger Mann mit ausgesprochener Atrophie einer Zungenseite. Derselbe hat vor einigen Jahren eine Fractur der Schädelbasis erlitten. Die Atrophie ist auf Verletzung des N. hypoglossus in der Fossa condyloidea anterior zurückzuführen.

ADOLPH BRONNER.

87) **Llewellyn Eliot. Ein Fall von Epitheliom der Zunge. (Case of epithelioma of the tongue.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 12. Januar 1900.*

Exstirpation des Tumors. Kein Recidiv nach 8 Jahren. EMIL MAYER

88) **Wm. B. Coley. Epitheliom des Mundes und der Zunge. (Epithelioma of the mouth and tongue.)** *Annals of Surgery. Februar 1900.*

Nach der ersten Operation erfolgte ein Recidiv. Die zweite Operation war sehr ausgedehnt; entfernt wurden der Mundboden und der grössere Theil der Zunge. Seither sind 6 Monate vergangen und Pat. ist recidivfrei. EMIL MAYER.

d. Diphtheritis und Croup.

89) **Hibbert W. Hill. Verästelte Diphtheriebacillen. (Branching diphtheria bacilli.)** *Journal Boston Society Medical Sciences. Januar 1900.*

Der Strahlenpilz der Actinomycose ist nach manchen anderen Versuchen als eine besondere astbildende Form, als Streptothrix classificirt worden. Nun kennt man seit Jahren die Thatsache, dass der Diphtheriebacillus gelegentlich Verzweigungen zeigt. Es scheint, als ob man den Diphtheriebacillus kurz über lang aus der Classe Bacillus herausnehmen und in die Classe Streptothrix als eine Degenerationsform dieser einreihen wird. EMIL MAYER.

90) **W. Ewart. Ausgedehntes mediastinales Emphysem in einem tödtlichen Falle von Kehlkopfdiphtherie, mit Bemerkungen über das frühe und das späte Emphysem nach Tracheotomie. (Extensive mediastinal emphysema in a fatal case of laryngeal diphtheria, with remarks on the early and late variety of emphysema observed in the case after tracheotomy.)** *Lancet. 30. December 1899.*

5jähriges Kind mit Diphtherie wurde tracheotomirt und erhielt 4000 J.-E. injicirt. Am nächsten Tage war ein geringes Emphysem am Halse zu constatiren, es traten Athemnothanfälle ein, und das Kind starb am 3. Tage. Die Section ergab grosse Membranen in Trachea und Bronchien, subcutanes Emphysem im Gesicht und am Halse und im lockeren Gewebe des vorderen und hinteren Mediastinalraumes. ADOLPH BRONNER.

91) **Redact. Notiz. Cyanose bei Croup. (Cyanosis in croup.)** *Pediatrics. 1. December 1899. Medical Dial. Januar 1899.*

Zu Viele sind der Ansicht, dass die Cyanose die cardinale Indication für den operativen Eingriff bei Croup ist. Sie scheinen zu vergessen, dass die Erschöpfung der Halsmuskeln, die für die Athmung durch die verengte Glottis in angestrengte Thätigkeit treten müssen, an sich ein bedrohliches Moment für den Patienten ist, dessen Herz auch durch die Toxine bereits geschwächt ist. Die Einziehung der Supraclaviculargegend, der Intercostalräume und der Regio substernalis ist eine sehr wichtige Indication zur sofortigen Intubation. EMIL MAYER.

92) J. Biernacki. **Die wesentlich toxischen Symptome der Diphtherie. (The essential toxic symptoms of diphtheria.)** *British Medical Journal. 30. December 1899.*

B. macht auf die Aehnlichkeit des Symptomenbildes in Fällen von schwerer Diphtherie und in Fällen von tödtlich endigendem, mit Blutungen complicirtem Typhus aufmerksam. In beiden Fällen lassen sich die Symptome durch die Herabsetzung des Blutdrucks erklären. Er bestimmte den Blutdruck in 6 letalen Fällen von Diphtherie und fand ihn stets stark erniedrigt. ADOLPH BRONNER.

93) R. C. Burton. **Croup und Diphtherie. (Croup and diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 20. Januar 1900.*

Verf. fragt: Halten die Bakteriologen den membranösen Croup und die Diphtherie für identisch? Wenn ja, weshalb führen die Listen des New-Yorker Gesundheitsamtes beide getrennt? LEFFERTS.

94) Joubert. **Albuminurie bei Diphtheritis. (Albuminuria in diphtheria.)** *Med. Age. 10. Januar 1900.*

Albuminurie contraindicirt den Gebrauch von Diphtherieserum nicht, im Gegentheil scheint das Serum günstig auf dieselbe einzuwirken. EMIL MAYER.

95) Thornton. **Gegen Sepsis bei Diphtheritis. (For sepsis in diphtheria.)** *Philadelphia Med. Journal. 13. Januar 1900.*

Tct. ferri chlor. 4,0
Chinin muriat. 1,5
Glycerin 8,0
Aquae ad 90,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll in Wasser 4stündl. z. nehm. (für ein Kind von 4 Jahren. EMIL MAYER.

96) Wilbur C. Wright. **Behandlung der Diphtherie mit Terpentinöl. (Treatment of diphtheria with eil of terpentine.)** *The Post-Graduate. Januar 1900.*

Verf. giebt 10—16jährigen Kindern 2stündl. 1 Theelöffel unverdünntes Terpentinöl, im Ganzen 4—6 Dosen. Nach 48 Std. wird diese Cur event. noch einmal durchgemacht. Das letztere war nur bei 5 von 37 Fällen erforderlich. Nierencomplicationen traten in keinem Falle ein. EMIL MAYER

97) A. J. Turner. **Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 30. December 1899.*

Vortrag, gehalten auf dem Intercolonial Medical Cogress zu Brisbone. T. plädirt für die frühe Anwendung ausreichender Serumdosen. Er giebt ein paar statistische Tabellen. ADOLPH BRONNER.

98) Redact. Notiz. **Ueber den Werth des Diphtherieheilserums. (On the value of diphtheria antitoxine.)** *Medical Council. Januar 1900.*

Ob der Heilwerth einer Frühdosis des Serums etwas grösser oder geringer ist, jeder diphtheritische Patient hat geradezu ein Recht auf dieselbe. EMIL MAYER



99) E. G. Wood. **Die Behandlung der Diphtheritis. (The treatment of diphtheria.)** *The Southern Practitioner. Januar 1900.*

Verf. giebt eine gründliche Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Diphtherietherapie. EMIL MAYER.

100) Gagnon. **Intravenöse Injection von Diphtherieserum. (Intravenous injection of diphtheria antitoxin.)** *St. Louis Courier of Med. December 1899.*

G. empfiehlt die Methode der intravenösen Einverleibung für besonders schwere Fälle. Er erzielte damit in 3 Fällen von schwerer Larynxaffection vortreffliche Resultate. EMIL MAYER.

101) G. Wellington Archibald. **Serumtherapie. (Antitoxin.)** *Northwestern Lancet. 1. Januar 1900.*

Krankengeschichte eines malignen Falles von Diphtherie, der durch Serum geheilt wurde. EMIL MAYER.

102) W. S. Plotner. **Einige Gründe für die Gegnerschaft gegen das Serum und die Widerlegung der gegen dessen Gebrauch gemachten Einwände. (Some reasons why antitoxin is condemned and how the objections to its use may be overcome.)** *Pennsylvania Med. Journal. Januar 1900.*

P. ist ein enthusiastischer Anhänger des Serums; wo es versagt, da liegt dies nur an der unrichtigen und unwissenschaftlichen Weise, in der es Manche anwenden. EMIL MAYER.

103) Adolph Rupp. **Serumerfolge und Definitionen von Diphtherie. (Antitoxine results and diphtheria definitions.)** *N. Y. Med. Journal. 27. Januar 1900. N. Y. Med. News. 3. Februar 1900.*

Ein sehr interessanter Artikel, der sich im gedrängten Referat schwer wiedergeben lässt. Rupp glaubt, dass das ganze Problem der Diphtheritis noch keineswegs gelöst ist, und drückt Zweifel an der Heilkraft des Serums aus.

LEFFERTS.

104) A. Jefferis Turner. **Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 13. Januar 1900.*

Die ganze Behandlung besteht in einer zeitigen und ausreichend grossen Dosis von Serum. LEFFERTS.

105) C. C. Cronkhite. **Serum bei scheinbar sterbenden Patienten. (Antitoxin for the apparent moribund.)** *The Medical World. Januar 1900.*

Verf. gab 3 Diphtheriekranken, bei denen der Exitus unmittelbar bevorzustehen schien, Serum und sie erholten sich. EMIL MAYER.

106) Kostanecki. **Zur Serumtherapie der Diphtherie. (W obronie stosowania surowicy przeciwbtoniczej na wszelki przypadek.)** *Nowiny lekarskie. No. 1. 1900.*

Eine polemische Schrift, in welcher Verf. seine kritischen Ausführungen in folgenden Sätzen resumirt:

1. Das antidiphtheritische Serum ist ein unschädliches Mittel und soll überall applicirt werden. Man gebe es in möglichst grossen Dosen (1000—1500 Immunisirungseinheiten) und möglichst frühen Stadien des diphtherischen Processes, sogar in solchen Fällen, in denen die Diphtherie noch nicht bacteriologisch genau constatirt ist. Auch bei Mischformen soll das Mittel angewendet werden.

2. Die bacteriologische Untersuchueg soll in jedem Falle vorgenommen werden (aus statistischen und sanitätspolizeilichen Gründen).

3. Die Serumtherapie ist auch als prophylaktische Massregel bei Diphtherieepidemien rathsam.

A. v. SOKOLOWSKI.

107) **Massei. Zu Ehren O'Dwyer's. (In onore di O'Dwyer.)** *Annali Laringologia ed Otologia. Januar 1900.*

Vorliegender Aufsatz, der die erste Nummer einer von Masini (Genua) neubegründeten Fachzeitschrift einleitet, enthält eine auf kritischen Erwägungen und reichen persönlichen Erfahrungen beruhende Würdigung der Larynxintubation, besonders beim Croup der Kinder. Die Methode, die erst in Verbindung mit der Serumtherapie zur Entfaltung ihrer ganzen Wirksamkeit gelangt ist, hat in Massei, der ihr 25 pCt. Heilungen verdankt, einen ihrer begeistertsten Lobredner; er urtheilt, dass, wo die Intubation nichts mehr nützt, auch die Tracheotomie versagt und dass erstere, wenn sie bei Zeiten ausgeführt wird, fast stets allein zum Ziele führt.

G. FINDER.

108) **Wm. E. Lower. Frühe Intubation bei Kehlkopfdiphtherie. (Early intubation in laryngeal diphtheria.)** *Cleveland Med. Gazette. Januar 1900.*

Man soll mit der Intubation nicht warten, bis Cyanose eintritt; sie ist gerade im Beginne der Larynxverstopfung indicirt.

EMIL MAYER.

109) **S. L. Kilmer. Chirurgische Behandlung des diphtheritischen und membranösen Croups. (Surgical treatment of diphtheritic and membranous croup.)** *Internat. Journal of Surgery. Januar 1900.*

Der Haupteinwand gegen die Intubation liegt nach K. in der Schwierigkeit der Entfernung der Tube. Um dieser zu begegnen, lässt er den Seidenfaden am Ende der Tube befestigt und schlingt ihn um das Ohr des Kindes, dem verboten wird, ihn zu durchbeissen oder mit den Fingern zu berühren (!). Im Allgemeinen zieht Verf. die Tracheotomie vor und in bedrohlichen Fällen benutzt er einen Trocart mit einer Canüle, den er in die Trachea einstösst, zur schnellen Erleichterung der Dyspnoe.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

110) **Fritsch. Acute Laryngitis. (Acute laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 13. Januar 1900.*

Natrii sozojodol,
Sulfur. sublim. $\overline{aa}$ 15,0
M. D. S. 4stündl. mit dem Pulverbläser einzublasen.

LEFFERTS.

111) **H. L. Swain. Primäres Oedem des Kehlkopfs. (Primary oedema of the larynx.)** *Yale Medical Journal. März 1900.*

Der Zustand war durch eine einfache Laryngitis herbeigeführt. Auf eine unter Cocain und Suprarenalextract vorgenommene Punction erfolgte prompte Besserung.

EMIL MAYER.

112) **L. Przedborski. Epiglottitis suppurativa circumscripta post-morbillosa. (Ropien nagtosni w nastapstwie odry.)** *Gazeta lekarska. No. 8. 1900.*

16jähriger Jüngling, klagt 14 Tage, nachdem er Masern durchgemacht hatte, über Trockenheit im Halse, Schlingbeschwerden und einen trockenen, quälenden Husten. 10 Tage darauf untersuchte Verf. den Kranken und fand den linken Theil des Kehlkopfes schmerzhaft beim Berühren. Bei der Kehlkopfuntersuchung stellte sich der linke Theil der Epiglottis als eine glatte und pralle Geschwulst von Haselnussgrösse dar. Nach hinten reichte dieselbe bis zur Basis der Zunge und vorn bis zum freien Rande der Epiglottis. Bei der Sondirung zeigte die Schwellung eine weiche Consistenz.

Die Geschwulst wurde incidirt, wobei sich eine eitrige Masse entleerte. Einige Tage darauf genas der Kranke.

A. v. SOKOLOWSKI.

113) **F. Barberá** (Valencia). **Die vordere Angina epiglottica. (La angina epiglottica anterior.)** *Revist. Valencian de Cienc. Médic. No. 14. 1900.*

In dem mitgetheilten Falle erschien die Epiglottis hart und verdickt, von der Grösse einer dicken Kirsche, und in ihren Bewegungen langsam. Die hintere Pharynxwand, sowie die Gaumentonsillen waren ebenfalls infiltrirt.

R. BOTEY.

114) **Hermann B. Sheffield. Ein Fall von membranösem, nicht-diphtheritischem Croup mit recidivirender Kehlkopfstenose. (A case of membranous non-diphtheritic croup with recurring laryngeal stenosis.)** *Philadelphia Medical Journal. 31. März 1900.*

Stücke von Membranen wurden während der Intubation ausgehustet. Der Verf. scheint nur festgestellt zu haben, dass Diphtheriebacillen nicht vorhanden waren; von einer weiteren bacteriologischen Untersuchung zur Aufklärung über die wahre Natur der Erkrankung berichtet er nichts. 4mal wurde die Tube entfernt; stets musste sie schnell wieder eingesetzt werden. Schliesslich wurde sie ausgehustet. Obgleich noch eine Bronchopneumonie hinzutrat, kam das $2^1/_2$jähr. Kind durch.

EMIL MAYER.

115) **Schroetter. Gegen chronische Laryngitis. (Chronic laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 20. Januar 1900.*

Alum. crud.,
Sacch. alb. āā 5,0
Morphin. muriat. 0,5
M. D. S. Zum Einblasen in den Larynx.

LEFFERTS.

116) **F. Barberá** (Valencia). **Die Intubation und die Tracheotomie. Grippale laryngitis acuta hypoglottica bei einem 13monatlichen Kinde. Spasmus la-**

ryngis mit drohender Asphyxie. Dreimalige Intubation und Belassen der Röhre während 21 Tage. Heilung. Betrachtungen. (La intubacion y la traqueotomia. Laringitis aguda hipoglotica gripal en un ninno de 13 meses. Espasmos laringeos con asfixia imminente. Intubacion triplicada y permanencia del tubo durante 21 dias. Curacion. Reflexiones.) *Revist. Valencian de Cienc. Medic. No. 15. 1900.*

Ausführliche Berichterstattung eines Falles von acuter Laryngitis bei einem 13 monatlichen Kinde mit drohender Asphyxie, bei der die Intubation günstiges Resultat ergab. Nähere Betrachtung, betreffend die Arbeiten von Barbeley und Berend über Intubation.

R. BOTEY.

117) **C. Compaired** (Madrid). **Manifestationen von Seiten des Kehlkopfes nach dem Typhus. (Manifestaciones laringeas post-tificas.)** *El Siglo Médico. No. 15. April 1900.*

Unter genannten Kehlkopfmanifestationen hat Verf. Fälle von Lähmung der Erweiterer und Verengerer der Stimmritze beobachtet, auch solche des linken Recurrens. Die Electrobehandlung hat ihm in genannten Fällen günstige Resultate gegeben.

R. BOTEY.

118) **R. W. Marsden. Typhoide Affectionen des Larynx. (Typhoid affections of the larynx.)** *Manchester Medical Chronicle. Januar 1900. N. Y. Medical Record. 3. Februar 1900. N. Y. Medical News. 10. Februar 1900.*

Laryngeale Complicationen bei Typhus sind selten; sie lassen sich eintheilen in: 1. ödematöse Laryngitis; 2. ulcerative Laryngitis und 3. laryngeale Perichondritis. M. berichtet über 4 Fälle, von denen bei 3 die Tracheotomie erforderlich wurde.

Fall 1. 13jähriges Mädchen. In der 8. Krankheitswoche stieg die Temperatur wieder an, während gleichzeitig Husten, laryngealer Stridor, Dyspnoe und Cyanose eintraten. Die Untersuchung des Kehlkopfes ergab eine runde entzündliche Geschwulst an der rechten Seite, in ihrer Mitte gelb verfärbt, die das rechte Stimmband verdeckte. Es wurde die Tracheotomie gemacht; später wurde die Dilatation vorgenommen und bei Einführung der Tube war der Schluss der Tracheotomiewunde möglich. Das rechte Stimmband blieb fixirt und oberhalb beider Stimmbänder blieben Verdickungen zurück.

Fall 2. 19jähriger Jüngling, wurde in der 7. Krankheitswoche total aphonisch. In der 19. Woche musste wegen inspiratorischen Stridors und Cyanose die Tracheotomie gemacht werden. Der Larynx, der 2 Wochen nach diesem Eingriff untersucht werden konnte, zeigte an den Aryknorpeln, den Plicae aryepiglotticae und den falschen Stimmbändern Schwellungen, während das rechte Stimmband fixirt war. Am Ende der 15. Woche waren die Schwellungen fast ganz verschwunden, das rechte Stimmband aber blieb fixirt und die Canüle musste dauernd getragen werden.

Fall 3. 35jähriger Mann, wurde am Ende der 4. Krankheitswoche heiser und dyspnoisch. Der Larynx zeigte in der 6. Woche entzündliches Oedem der

Aryknorpel und der Plicae ary-epiglotticae. Das Oedem verging langsam, ohne dass die Tracheotomie nöthig wurde.

Fall 4. 27jähriger Mann, begann in der 6. Woche seiner Krankheit über Schluckbeschwerden zu klagen und es stellte sich Heiserkeit mit leichtem inspiratorischem Stridor ein. Der letztere steigerte sich so, dass die Tracheotomie gemacht werden musste. Die Epiglottis fand sich so stark geschwollen, dass sie alles Andere verdeckte. Später schloss sich eine Diphtherie an.

LOGAN TURNER.

119) **J. P. Crozier Griffith. Kehlkopfstenose bei Typhus. (Stenosis of the larynx in typhoid fever.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. März 1900.*

9jähriger Knabe bekam Kehlkopfstenose 4 Wochen nach Ausbruch des Typhus. Wiederholte Cultur ergab keine Diphtheriebacillen (auf andere, scheint es, wurde gar nicht gefahndet). Der Patient genas. EMIL MAYER.

120) **L. Przedborski. Krankheiten des Kehlkopfes bei Gravidität. (Cierprenie krtani przy ciazy.)** *Gazeta lekarska. No. 19—25. 1900. Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 11. p. 68. 1900.*

Die interessante Arbeit des Verf.'s stützt sich auf 14 casuistische Beobachtungen, und zwar:

1. Paralysis musc. thyr.-aryt. duplex.
2. Paralysis musc. cric.-aryt. dextri.
3. Paralysis nervi recurr. dext.
4. Paralysis nervi recurr. sin.

5., 6., 7., 8. Laryngitis haemorrhagica.

9., 10. Laryngitis hypoglottica.

11., 12. Ozaena trachealis.

13. Tuberculosis laryngis primitiva.
14. Polypus laryngis.

In den 12 ersten Fällen entstanden die betreffenden Kehlkopfaffectionen erst wärend der Schwangerschaft und schwanden nach der Entbindung in kurzer oder längerer Frist. Besonders interessant sind die beiden Fälle von leichter Form der Ozaena.

Was den Fall 13 (Tub. laryngis) betrifft, welcher eine rasch tödtlich verlaufende Kehlkopfphthise (in deren Verlaufe die Kranke auch tracheotomirt wurde) und Lungenphthise darstellt, so ist dem Ref. nach der Krankengeschichte zweifelhaft, ob der Fall wirklich im directen Zusammenhange mit der Gravidität steht. Dasselbe gilt auch von Fall 14 (Polypus laryngis), bei dem es sich um eine 30jährige Frau handelt, welche in den letzten Wochen der Gravidität Heiserkeit bekam und bei der Verf. die Erscheinungen einer chronischen Laryngitis und geringe Knötchen an dem freien Rand des rechten Stimmbandes fand. Einige Wochen nach der Entbindung stellte sich bei der Frau die normale Stimme her und der Polyp verschwand gänzlich. In der Einleitung zu seinen Fällen bespricht Verf. die Literatur dieser Frage und erwähnt besonders die Arbeiten von Oppenheim, Mollimé, Strübing und Anderen. A. v. SOKOLOWSKI.

121) **Jordan** (Moskau). **Ueber die Häufigkeit von Rachen- und Kehlkopfaffectionen bei Syphilis.** *Archiv f. Dermat. u. Syphilis. 47. Bd. p. 93.*

Das Ergebniss der auf der Abtheilung für venerische Krankheiten am 1. Stadthospital für Moskau angestellten Untersuchungen ist folgendes:

1. In allen Stadien der Syphilis beobachtet man sowohl im Rachen, als auch im Kehlkopf mehr oder weniger häufig die Erscheinungen eines Erythems.

2. Papeln des Rachens sieht man in ungefähr $^1/_3$ aller secundären Syphilisfälle — Papeln im Larynx wurden daselbst nur in 3,3 pCt. constatirt.

3. Tertiär syphilitische Erscheinungen als solche oder in Gestalt von Defecten und Perforationen gab es im Rachen zu $^1/_3$, im Kehlkopf zu $^1/_{10}$ der Fälle.

CHIARI.

122) **Holger Mygind. Lupus vulgaris laryngis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. p. 131. 1900.*

Eine sorgfältige klinische Studie über den Lupus laryngis mit 20 ausführlichen Krankengeschichten. M. unterscheidet 5 Stadien der Krankheit: 1. die subepitheliale knotenförmige und diffuse lupöse Infiltration der Schleimhaut, 2. das Stadium der Proliferation der lupösen Knötchen über die Oberfläche der Schleimhaut, 3. die Ulceration der lupösen Knötchen, 4. die Ulceration des Knorpels, 5. die Narbenbildung. Der laryngoskopische Befund durch eine Reihe von Abbildungen illustrirt.

F. KLEMPERER.

123) **J. Passmore Berens. Ein Fall von geheilter Kehlkopftuberculose. (A case of healed laryngeal tuberculosis.)** *Laryngoscope. Januar 1900.*

Die Behandlung hatte in täglichen intralaryngealen Injectionen von Jodoform und Aether bestanden; ausserdem war Kreosot in den Larynxtumor selbst injicirt worden.

EMIL MAYER.

124) **S. G. Dabney. Kehlkopftuberculose. (Tuberculosis of the larynx.)** *Amer. Practitioner and News. 1. Januar 1900.*

Die Kehlkopferkrankung tritt nicht so selten auf, ehe noch irgend Erscheinungen von Seiten der Lungen vorhanden sind. In vielen Fällen ist die Diagnose allein auf die localen Befunde mit Sicherheit zu stellen. Die Prognose ist nicht so ernst, wie man früher glaubte; die Localbehandlung ist von wesentlicher Bedeutung.

EMIL MAYER.

125) **Lacroix** (Paris). **Die Behandlung der Kehlkopf- und Lungentuberculose durch Inhalation antiseptischer Dämpfe. (Traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire par l'inhalation de vapeurs antiseptiques.)** *Académie de Medecine. 9. Januar 1900.*

L. empfiehlt die Dämpfe eines Gemisches von Menthol, Bromoform und Formol. Diese Substanzen werden in einem Gefäss erhitzt, durch das ein Luftstrom geleitet wird. Die Dämpfe besitzen gleichzeitig analgetische und antiseptische Eigenschaften.

PAUL RAUGÉ.

126) **Wm. L. Ballenger. Kehlkopftuberculose. (Laryngeal tuberculosis.)** *The Medical Standard. April 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

127) **Ewing. Tuberculöses Geschwür an der Basis der Epiglottis. (Tuberculous ulcer at the base of the epiglottis.)** *N. Y. Medical Record. 17. Februar 1900.*

Demonstration des Larynx eines an chronischer Miliartuberculose gestorbenen Patienten. Die Schleimhaut wies keine wesentlichen Veränderungen auf. Die ganze Basis der Epiglottis aber war tuberculös infiltrirt und war Sitz eines ausgedehnten Geschwürs (2 : 1 cm), auf dessen Grund Tuberkelbacillen sich nachweisen liessen.

LEFFERTS.

128) **Richmond Mc Kinney. Ein Fall von Tuberculose der Epiglottis. (A case of tuberculosis of the epiglottis.)** *Memphis Medical Monthly. April 1900.*

Die linke Seite der Epiglottis war geschwollen und oberflächlich ulcerirt. Die Lungen liessen keine Veränderungen erkennen, das Sputum aber enthielt spärliche Tuberkelbacillen. Verf. konnte feststellen, dass Tuberculose bereits vor 5 Jahren diagnosticirt war; also war die Epiglottisaffection als secundär zu erachten. Ohne diese Feststellung hätte er sie für primär gehalten.

EMIL MAYER.

129) **W. Freudenthal** (New York). **Zur Behandlung der Larynxtuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. H. 1. p. 139. 1900.*

F. benutzt 1. das Nebennierenextract zur Einleitung einer präliminaren localen Anästhesie, 2. die Menthol-Orthoform-Emulsion (Menthol 1—5—10—15, Ol. amygd. dulc. 30, Vitell. ovor. 25, Orthoform 12, Aqu. destill. q. s. ad 100) zur Hervorbringung einer länger wirkenden localen Anästhesie und zur Hervorbringung eines curativen Effects; 3. das Oliven- oder Mandels oder Sesamöl zur Erleichterung der Dysphagie in manchen Fällen; 4. die Phototherapie (elektrische resp. Sonnenlichtbehandlung) und 5. das Heroin zur Erleichterung des Bronchialhustens. Die Milchsäure sollte nach F. „als antiquirt und barbarisch vollständig aufgegeben werden".

F. KLEMPERER.

130) **E. Fletcher Ingals. Wm. E. Casselberry. Edwin Klebs. Die Bedeutung des Klimas bei der Behandlung der tuberculösen Laryngitis. (The influence of climate in the treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Journal Am. Med. Assoc. 10. Februar 1900. Laryngoscope. Februar 1900.*

Ingals schreibt dem Klima bei der Larynxtuberculose nicht die Bedeutung zu, die es in der Therapie der Lungenphthise hat. Patienten mit Larynxtuberculose fühlen sich im Allgemeinen im Höhenklima nicht gut. Trockene warme Luft in niederen Höhen wird besser vertragen. I. empfiehlt z. B. Phoenix in Arizona.

Casselberry rühmt den Rocky Mountain-District, besonders Colorado, das frischere und staubfreiere Luft hat als Arizona. Er hat nur zwei geheilte Fälle gesehen, beide lebten im freien Westen. Der Erfolg hängt von der frühen Behandlung ab.

Klebs hält jedes Klima, das den Lungentuberculösen zu empfehlen ist, auch für Halsphthisiker für geeignet. Ein specifisch heilendes Klima giebt es nicht. Das Wesentliche ist die Aenderung der Lebensweise und der reichliche Aufenthalt im Freien.

EMIL MAYER.

131) **Clay S. Merriman. Kehlkopfstenose. (Laryngeal stenosis.)** *Kansas City Medical Index-Lancet. Januar 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

132) **Joseph A. Kenefick. Wiederholte Intubation bei anhaltender Kehlkopfstenose. (Repeated intubation for persistent laryngeal stenosis.)** *Laryngoscope. Februar 1900.*

K. stellt den Fall vor, um besonders darauf aufmerksam zu machen, dass trotz 40mal wiederholter Intubation die Phonation gut erhalten ist.

EMIL MAYER.

133) **W. Jay Bell. Membranöse Verstopfung des Larynx. (Membranous obstruction of the larynx.)** *Atlanta Journal-Record of Medicine. Februar 1900.*

Nichts Mittheilenswerthes.

EMIL MAYER.

134) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Congenitale Stenose der Luftwege.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 13. 1900.*

Im Anschluss an die Arbeit von Teixeira de Mattos theilt Z. einen letal verlaufenen Fall bei einem Kinde von $2^1/_2$ Jahren mit. Die seit der Geburt bestehende Stenose hatte in einigen Wochen sehr zugenommen; die Inspiration war stark stridorös, der gewöhnliche exspiratorische Stimmklang aphonisch, aber scharf. Die Laryngoskopie gelang: weder Röthung noch Schwellung: Stimmbänder nahezu in Medianstellung, vielleicht Ansaugung bei der Inspiration, gewiss keine normale Abduction. Die Tracheotomie wurde verweigert. Eine Woche später plötzlicher Tod ohne Athmungsnoth. Z. betont die Nothwendigkeit der Laryngoskopie, welche allein es ermöglicht, zwischen Trachealcompression und neuropathischer Ursache zu entscheiden. Mit Semon ist Z. geneigt, eine Coordinationsstörung als Ursache anzunehmen, welche er sich als eine von der normalen Abduction gleichsam gelöste Inspiration denkt. Dann wäre bei kleinen Kindern die Ansaugung der Stimmbänder eine nothwendige Folge.

H. BURGER.

135) **v. Mangoldt** (Dresden). **Ueber die Einpflanzung von Rippenknorpel in den Kehlkopf zur Heilung schwerer Stenosen und Defecte.** *Archiv f. klin. Chir. 59. Bd. 1899.*

In jenen Fällen von Stricturen, wo es sich um bis auf den Knorpel reichende ausgedehnte Narben handelt, erweisen sich unsere gewöhnlichen Dilatationsverfahren häufig als völlig unzureichend, hier ist nur von Resection der verengten Partie oder von Einschaltung frischen, gesunden und daher widerstandsfähigen Gewebes in die verengte Stelle, event. mit nachfolgender Dilatationscur die Wiedererlangung einer normalen Lichtung des Luftrohres zu erwarten. Für den Kehlkopf kommt nur das letztere Verfahren in Betracht, das v. M. in 4 Fällen anwandte, in dem er Rippenknorpel mit Perichondrium einsetzte.

SEIFERT.

136) **Kraus** (Paris). **Ueber das congenitale Kehlkopfdiaphragma.** *Allgemeine Wiener med. Zeitung. No. 9. 1900.*

K. beobachtete einen solchen Fall, der einen 21jährigen jungen Mann betrifft, der ausser der Larynxerkrankung vollständig gesund ist. Im Larynx be-

stand eine lückenlose Verwachsung der wahren Stimmbänder bis auf ihr rückwärtiges Drittel. Patient litt am meisten unter der Stimmstörung. K. war im Stande, mittelst Durchleuchtung (?) des Kehlkopfes von aussen die Dicke der Membran zu bestimmen. Die Entfernung derselben geschah mit dem Galvanokauter und der Krause'schen Curette. Es handelte sich nicht um eine einfache epitheliale Verklebung oder Membranbildung, sondern um abnorme fötale Entwickelung und Persistirung von Gewebsmassen im Larynxinnern, die jedoch ihrer Structur nach keinerlei pathologischen Charakter aufwiesen.

CHIARI.

f. Schilddrüse.

137) **Civalleri. Die Nervenendigungen in der Schilddrüse. (Le terminazioni nervose della ghiandola tiroide.)** *Academia di Medicina di Torino. 2. März 1900.*

An Präparaten, die Verf. von Schilddrüsen frisch getödteter Meerschweinchen mittelst der Golgi'schen Methode herstellte, konnte er nachweisen, dass ausser der vasomotorischen noch besondere secretorische Nerven vorhanden sind.

G. FINDER.

138) **Lafayette B. Mendel. Ueber das Vorkommen von Jod in der Thymus- und Schilddrüse. (On the occurrence of iodine in the thymus and thyroid glands.)** *The American Journal of Physiology. Januar 1900.*

Verf. hat festgestellt, dass die Nebenschilddrüsen beim Menschen sowohl relativ wie absolut mehr Jod enthalten können, als die eigentliche Schilddrüse desselben Individuums. Er bestätigt die Beobachtung, dass die Schilddrüse neugeborener Kinder jodfrei ist. Dass die Thymusdrüse beim Menschen und Thier, wenn sie vorsichtig isolirt ist, Jod enthält, ist bisher nicht zuverlässig erwiesen. Spuren, die manche Untersucher fanden, sind vermuthlich durch Reste des anhängenden Schilddrüsengewebes zu erklären.

EMIL MAYER.

139) **F. G. Schaefer. Kropf. (Goitre.)** *N. Y. Med. Record. 6. Januar 1900.*

Das wesentlichste Heilmittel für alle der medicamentösen Behandlung überhaupt zugänglichen Kröpfe ist Jod. Ein grosser Theil der Patienten, die Sch. nur mit Jod behandelte, heilten innerhalb 6 Monaten vollständig, bei anderen verkleinerte sich der Kropf auf $1/2$ bis $1/8$ seiner Grösse.

LEFFERTS.

140) **Chavette. Ein Kropf-Mittel. (A goitre remedy.)** *Maryland Med. Journ. Januar 1900.*

Zinc. sulfur.
Ac. salicyl.
Jodoform ana 8,0
Acid. boric. 12,0
Acid. oleic. 256,0.

M. D. S. Mehrere Stunden bis zum Klarwerden zu kochen. Zweimal täglich

auf die Schilddrüse zu appliciren, bis Abschuppung eintritt, dann weiterhin einmal täglich.

EMIL MAYER.

141) **E. Boinet. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 20. Januar 1900.*

B. zieht eine Parallele zwischen Diabetes und Morb. Basedowii. Bei dem letzteren sind die Hypersecretion der Schilddrüse und die Gefässerweiterung am Halse und im retrooculären Gewebe gewöhnlich abhängig von einer initialen Reizung nervöser Centra. Später kann die secundäre Thyroidvergiftung wieder rückwirken auf das Centralnervensystem.

LEFFERTS.

142) **W. W. Keen. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. Januar 1900.*

Klinischer Bericht und Vorstellung eines mit Erfolg operirten Falles.

EMIL MAYER.

143) **Bonardi. Chirurgische und electrische Behandlung des Morbus Basedow. (Cure chirurgiche e cure elettriche del morbo di Basedow.)** *Il Morgagni. Februar 1900.*

Auf Grund theoretischer Erwägungen und nach kritischer Betrachtung der chirurgischerseits berichteten Fälle erklärt sich Verf. als unbedingter Gegner jeder Art von operativer Behandlung bei Morb. Basedowii; dagegen ist er nach eigenen Erfahrungen der Ansicht, dass man mit der Elektrotherapie bisweilen Heilungen, stets jedoch wesentliche und lange Zeit andauernde Besserungen erzielen kann.

FINDER.

144) **L. R. Regnier. Behandlung der Basedow'schen Krankheit durch den stabilen Voltastrom. (Treatment of exophthalmic goitre by stabile Voltaization.)** *N. Y. Medical Record. 3. März 1900.*

Bericht über 5 Fälle mit günstigem Resultat. R. verlangt, dass man die Elektricität versucht, ehe man zu chirurgischen Maassnahmen greift. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

145) **Willard Bartlett. Chirurgische und pathologische Betrachtungen über die Tuberculose des Oesophagus mit Bericht über zwei Sectionen. (Surgical and pathological features of tuberculosis of the esophagus with reports of two autopsies.)** *Medical Review. 20. Januar 1900.*

Tuberculöse Affectionen der Speiseröhre sind hervorragend selten. Es kommen von tuberculösen Processen im Oesophagus vor: 1. der Tuberkel selbst, 2. das Ulcus, 3. die Fistel, 4. die diffuse Rundzellenentzündung, die in allen Geweben in der Nachbarschaft der ersterwähnten Processe sich findet.

Bei der ersten seiner 2 Sectionen fand Verf. 5 Fistelöffnungen in der vorderen Wand der Speiseröhre, von Stecknadelkopf- bis Bleistiftgrösse; dieselben führten in ebenso verschieden grosse Hohlräume innerhalb der geschwollenen und erweichten peribronchialen und mediastinalen Drüsen. In der Umgebung der Fistel-

öffnungen, die mittlere Hälfte der Schleimhaut ganz bedeckend, waren zahllose Geschwüre vorhanden mit erhabenen Rändern und gereinigtem Grunde.

Im zweiten Falle war nur eine Fistelöffnung vorhanden. Von dieser führt ein buchtiger Canal nach oben und vorn in eine käsig erweichte Lymphdrüse, die gerade hinter der Bifurcation der Trachea liegt.

Die beiden Fälle illustriren die Tendenz zur Betheiligung des Oesophagus bei chronischer Lymphdrüsentuberculose. Die Anwendung des Oesophagoskops ist in jedem Falle von ausgesprochener allgemeiner Drüsentuberculose angebracht. Im ersten Falle hätte eine Operation nicht in Frege kommen können; im zweiten aber, meint B., wäre eine solche wohl möglich gewesen und hätte die Ausbreitung des Processes auf die Schleimhaut und die Entstehung eines Mediastinalabscesses vielleicht verhüten können.

EMIL MAYER.

146) **W. W. Keen. Ein Fall von erweitertem Oesophagus. (A case of dilated esophagus.)** *Philad. Med. Journal. 6. Januar 1900.*

Viele Zeichen in K.'s Falle sprachen dafür, dass ein Oesophagusdivertikel vorlag. Die genaueste Untersuchung ergab aber, dass es sich um einen nervösen Spasmus gerade oberhalb des Diaphragmas und dadurch bedingte Erweiterung des ganzen Oesophagus handelte.

EMIL MAYER.

147) **S. Grosglik. Spastische Stenose des Oesophagus als urämische Erscheinung. (Zwazenie skurczowe przetyku jako objaw zakazenia moczowego.)** *Gazeta lekarska. No. 7. 1900.*

Bei einem 74jährigen Manne, welcher an chronischer Urämie in Folge von Prostatahypertrophie und Retention des Urins litt, trat eine Dysphagie auf, die in einer spastischen Stenose des Oesophagus ihren Grund hatte.

Methodische Blasenbehandlung beseitigte allmälig das Leiden.

A. v. SOKOLOWSKI.

148) **John S. Pyle. Oesophagusstrictur aus einer typhösen Ulceration entstanden. (Stricture of the esophagus resulting from typhoid ulceration.)** *Philadelphia Medical Journal. 3. Februar 1900.*

Krankengeschichte des Falles, in dem P. durch ein von ihm selbst erfundenes, durch hydraulischen Druck wirkendes Instrument zur Dilatation volle Heilung erzielte.

EMIL MAYER.

149) **B. Farquhar Curtis. Zwei Fälle von narbiger Oesophagusstenose behandelt mittelst Gastrotomie und dauernder Dilatation durch elastische Sonden. (Two cases of cicatricial stricture of the esophagus treated by gastrotomy and permanent dilatation by elastic tubes.)** *Annals of Surgery. März 1900.*

Das Wesentliche sagt der Titel. Von rein chirurgischem Interesse.

EMIL MAYER.

150) **Robert Abbe. Skiagramm einer Oesophagusstrictur. (Skiagram of esophageal stricture.)** *N. Y. Medical Record. 28. April 1900.*

Die Pat. litt seit ihrem 16. Jahre an Schluckbeschwerden und ist im Zu-

stande äusserster Inanition. Sie besitzt eine congenitale Oesophagusverengerung in der Höhe des Diaphragmas und gerade über derselben eine divertikelartige Tasche. Die Gastrotomie zeigte, dass der Magen klein und atrophisch ist.

LEFFERTS.

151) **George Ben Johnston. Gastrotomie bei traumatischer Strictur des Oesophagus. (Gastrotomy for traumatic stricture of the esophagus.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 12. Januar 1900.*

Die Strictur war durch Schlucken concentrirter Lauge entstanden. Die Operation führte zur Heilung.

EMIL MAYER.

152) **Blum** (Wien). **Zur Diagnostik der Oesophagusdivertikel.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 11. 1900.*

Im citirten Falle wurde die Diagnose mittelst Oesophagoskopie und Radioskopie gestellt. Mittelst letzterer konnte man, nachdem man in den Blindsack eine Bismuthum-subnitricum-Mixtur gebracht und durch die Speiseröhre, an dem Hinderniss vorbei, einen mit metallischem Quecksilber gefüllten Schlauch in den Magen eingeführt hatte, deutlich die Lage des Blindsackes constatiren. B. meint, dass es sich in diesem Falle um eine Combination von Tractions- und Pulsionskräften handelte, die zur Ausbildung des Divertikels geführt haben.

CHIARI.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Französische Gesellschaft für Otologie und Laryngologie.

Jahresversammlung vom 1. Mai 1899.

Vorsitzender: M. Lubet-Barbon.

Garel (Lyon): Zwei Fälle von umfangreichen Tumoren der Epiglottis, Lipom und Fibrom.

Die erste Beobachtung betrifft ein Fibrom von Kleinhühnereigrösse, das die Epiglottis zurückdrängte; es wurde mit der galvanischen Schlinge abgetragen, ohne Blutung. Fall 2 ist ein Lipom bei einem 61 jährigen Patienten. In der rechten Fossa glosso-epiglottica sitzend, verursachte es deutliches Stenosengeräusch, jedoch keine Erstickungsanfälle. Auch dieser Tumor wurde mit der Glühschlinge ohne Blutung entfernt.

Vacher (Orleans): Adenoide Vegetationen beim Erwachsenen und ihre Behandlung.

Unter 400 Soldaten eines Artillerieregiments fanden sich 43 mit adenoiden Vegetationen. 10 boten so starke objective Symptome, dass die Operation nöthig

war. Wo man nur das Vorhandensein einer dritten Mandel constatirt ohne lymphoide Bildungen in der Gegend der Tubenostien, da fehlt auch die Hyperplasie der Muschelenden, die Nasenscheidewandverbiegung, Rhinitis hypertrophica, Anosmie und Taubheit. Im Gegensatz dazu sind bei Personen mit wirklichen Adenoiden alle diese Veränderungen vorhanden und ausserdem Schwellung der Gaumentonsillen, Mittelohrentzündung u. a. m.

Redn. zieht die systematische Benutzung des Spiegels der des Fingers zur Stellung der Diagnose vor. Von den für die Operation der Adenoiden empfohlenen Instrumenten hält er die Schmidt'sche Curette für das praktischste.

Jankelevitch (Bourges): Adenoide Vegetationen beim Erwachsenen.

Redn. hält die Adenoiden beim Erwachsenen nach den statistischen Erhebungen, die er auf Moure's Klinik gemacht hat, für relativ häufig. Sie bringen manchmal wesentliche Störungen mit sich und es ist deshalb rathsam, durch ihre Entfernung üblen Folgen vorzubeugen. Zur Operation benutzt Redn. stets die Curette.

Moure (Bordeaux): Behandlung maligner Tumoren der Nasenhöhle.

Die Geschwülste, welche die Nasenhöhle noch nicht überschritten haben, können und müssen vollständig per vias naturales entfernt werden. Man kann diese Tumoren eintheilen in Neoplasmen der unteren Nasengegend, solche der mittleren und solche der oberen Etage. Welches auch immer die Insertionsstelle sei, auf dem Wege des stückweisen Abtragens (morcellement) kann man — indem man rasch vorgeht, um zu heftige Blutung zu vermeiden — stets alles Krankhafte entfernen, ohne dass man zum äusseren Eingriff zu schreiten braucht. Bisweilen sind freilich eine Reihe von Sitzungen dazu nöthig.

Aus einer grösseren Zahl von Fällen wählt Moure 3 aus, in denen er mit Erfolg operirt hat. Er schliesst, dass auch bei grossem Umfange gewisser maligner Geschwülste der Nase der Chirurg nicht zu zögern braucht, die Exstirpation per vias naturales zu machen.

Gaudier (Lille): Sarcom der Mandel.

G. operirte ein Sarcom der Mandel ohne Zwischenfall; der Kranke starb aber bald danach an allgemeiner Sarcomatose.

Bar (Nizza): Ueber adenoide Vegetationen und ihr Hinunterfallen in den Larynx.

Dieses Ereigniss kann unmittelbar den Tod verschulden. Redn. hat dies bei einem 5jährigen Kinde beobachtet, das sofort asphyctisch und stark cyanotisch wurde und nur dadurch gerettet werden konnte, dass es sofort gelang, das im Larynxeingang eingeklemmte Stück der Adenoiden zu fassen. Für die zuverlässigste Operationsmethode hält Redn. die combinirte Anwendung der Chatellier-schen Zange und des Gottstein'schen Ringmessers.

Collet (Lyon): Ueber die Anosmie.

Der Zusammenhang, der zwischen den Functionen des Geruchs und Ge-



schmacks vorhanden ist, vermehrt die Bedeutung der Anosmie, indem mit derselben Geschmacksstörungen sich verbinden. Vom ätiologischen Standpunkt aus kann man unterscheiden:

1. Die angeborene Anosmie durch congenitales Fehlen der Geruchsnerven oder -Centren, oft auch durch erworbene Veränderungen der Riechschleimhaut.
2. Die hereditäre Anosmie.
3. Die senile Anosmie.
4. Die Anosmie der Menopause.
5 Die Anosmie bei Erkrankungen der Nasenhöhle (Muschelhypertrophie, Ozaena, Coryza).
6. Die gustative Anosmie — verursacht durch ein Hinderniss für die Passage der Luft, das zwischen Mundrachen und Nase seinen Sitz hat.
7. Die nach Operationen in der Nase auftretende Anosmie (eine einfache Cauterisation genügt).
8. Die traumatische Anosmie, die auf die Zerreissung des Nervus olfactoriur oder den Druck desselben durch einen Bluterguss zurückgeführt wird.
9. Die Anosmie bei Nervenkrankheiten:
   a) Tabes.
   b) Allgemeine Paralyse.
   c) Organische Hirnkrankheiten.
   d) Hemiplegie.
   e) Erkrankungen der Hirnnerven:
      1. Facialislähmung.
      2. Trigeminusneuralgie.
   f) Neurosen:
      1. Hysterie; bei dieser ist Anosmie selten, häufiger sind Geruchsperversitäten.
      2. Epilepsie.
   g) Toxische Anosmien (Morphium, reizende Dämpfe).
10. Die Anosmie bei Infectionskrankheiten. Sie kommt nur vor, wenn diese Krankheiten von nasalen Symptomen begleitet sind.
11. Die Anosmie bei Stoffwechselkrankheiten: Diabetes, Gicht.

In therapeutischer Hinsicht ist es stets erforderlich, die Ursache im Auge zu behalten und zu versuchen, diese zu beseitigen. Wo ein Hinderniss für die Passage der Luft exisirt, ist dasselbe natürlich in erster Linie zu entfernen. Von den speciellen Indicationen abgesehen, dienen zur Anregung der Nervenempfänglichkeit warme Irrigationen, Massage, Strychnin etc.

Lavrand (Lille): Die Behandlung der Dysphagie bei tuberculöser Laryngitis durch ein Product der Bacteriencultur.

L. hat die Absicht, ein Extract von Tuberkelbacillenculturen, mit dem Bourgeois bei Lungentuberculose vortreffliche Resultate erzielt hat, bei Kehlkopftuberculose zu versuchen. Dasselbe ist unschädlich und soll nicht nur die Dysphagie beruhigen, sondern auch auf den laryngealen Process günstig einwirken.

Joal (Mont-Dore): Urticaria und Gerüche.

Verf. sah 3 Fälle, in denen Urticaria unter dem Einflusse von Gerüchen sich entwickelte. In dem einen Fall waren es aromatische Essenzen, unter deren Einwirkung die Urticaria hervororat, in den beiden anderen sowohl Jodoform und Schwefel, wie Rosen, Flieder und andere Blumendüfte.

Goris (Brüssel): Zweimalige Thyreotomie und Tracheotomie wegen Angiom des Kehlkopfs bei einem 4jährigen Kinde. Heilung.

Das Kind litt an Erstickungsanfällen; der erste Eingriff führte nur eine vorübergehende Besserung herbei, das zweite brachte vollständige Heilung.

Luc (Paris): Beitrag zum Studium und zur Geschichte der Kieferhöhlenentzündungen.

L. berichtet über den Fall eines Studenten der Medicin, der an einer acuten Stirn- und Kieferhöhlenentzündung erkrankte. Dieselbe heilte ohne jeden Eingriff. Weiter berichtet L. über zwei Fälle von subperiostalem praemaxillaren Abscess mit Ursprung von den Zähnen und secundär in die Kieferhöhle sich eröffnend. In beiden Fällen wandte er seine gewöhnliche Methode zur Radicalbehandlung des Nebenhöhlenempyems an und erzielte damit vollständigen Erfolg.

Moure und Liaras (Bordeaux): Ueber 26 Fälle von Kieferhöhlenentzündung, die nach Luc's Methode operirt wurden.

Die Verff. sind der Ansicht, dass man nicht zu lange Zeit mit der medicamentösen Behandlung chronischer Nebenhöhlenentzündungen verzögern soll. Sie senden der Radicaloperation stets eine partielle Turbinectomie voraus und legen unter Ausschluss eines Drains oder Gazebausches eine breite Communication zwischen der curettirten Höhle und der Nase an. Ihre Behandlungsresultate waren sehr gute. Die buccale und nasale Wunde heilten schnell. Es kamen nur 3 Recidive vor und diese wurden leicht überwunden. Das Allgemeinbefinden der Patienten hob sich; dieselben nahmen an Gewicht zu und die chronischen Bronchitiden, die bei den meisten von ihnen beobachtet wurden, besserten sich mit der Behandlung der Nebenhöhlenentzündung.

Molinié (Marseille): Entzündung aller Nasennebenhöhlen (Pansinusite de la face) und myxomatöse Degeneration der Nasenschleimhaut durch chirurgische Behandlung geheilt.

M. trepanirte und curettirte die Stirnhöhlen. Am 20. Tage nach dem Eingriff trat ein Recidiv ein. Es wurde ein neuer Eingriff gemacht und diesmal die Stirnwunde nicht verschlossen. 10 Tage nachher eröffnete M. beide Kieferhöhlen und schloss in derselben Sitzung die Stirnhöhlen, die bis dahin tamponirt waren. Die Heilung verlief nun glatt.

Lubet-Barbon und Furet (Paris): Beitrag zum Studium der Kiefer- und Stirnhöhlenentzündungen.

Die chirurgische Methode, welche die Redn. zur Anwendung brachten, ist die Luc'sche. Ihre Resultate sind zufriedenstellende: 17 Operationen an der



Kieferhöhle mit 3 Recidiven; 9 Operationen an der Stirnhöhle ohne Recidiv. Die Diagnose ist sicher zu stellen durch die Durchleuchtung und vor allem durch die Probepunction. Für die Stirnhöhlenerleuchtung bringen die Redn. neue Apparate in Vorschlag.

M. Lermoyez (Paris): Rationelle Behandlung der Hydrorrhoe.

Die physiologische Erklärung der hydrorrhoischen Erscheinungen liegt in der Reizung des Trigeminus. Experimentell lässt sich das Bild der Hydrorrhoe durch Vergiftung mit Muscarin erzeugen. Die begleitende Nasenverstopfung hat die Reizung der vasodilatatorischen Fasern zur Ursache. Als rationelle Therapie schlägt L. deshalb den gleichzeitigen Gebrauch von Atropin und Strychnin vor. Ersteres übt einen kräftigen Einfluss auf die secretorischen Nervenfasern aus, während letzteres die vasoconstrictorischen Centren des Rückenmarks, von denen die im Sympathicus zu den Gefässen der Riechschleimhaut laufenden Nerven ausgehen, reizt.

Albespy (Rodez): Drei Fälle von Fremdkörpern der Nasenhöhle.

1. Ein kleines Stück Knochen, aus der Nase eines 5jährigen Kindes entfernt; über den Ursprung liess sich nichts ermitteln.

2. Ein Kirschkern, in der Nase länger als 50 Jahre zurückgehalten.

3. Ein zufällig entdeckter Sequester, der sich niemals durch irgend ein Symptom bemerkbar gemacht hat.

Raoult und L. Hoche (Nancy): Ein Fall von multiplem Papillom der Gaumenmandeln und ein Fall von Papillom der Zungenmandel.

Nach klinischen und pathologisch-anatomischen Erwägungen constatiren die Verff. in ihrem ersten Fall den Einfluss der durch adenoide Vegetationen verursachten Behinderung der Nasenathmung und nasalen Congestion auf die Genese der Papillome.

Im zweiten Falle waren neben der lingualen Affection intensive Veränderungen in Rachen und Nase vorhanden.

Joucleray (Angers): Einseitiges Emphysem der Stirn-Augenhöhlengegend durch die Wirkung des Schnäuzens.

Redn. beobachtete einen Knaben von 15 Jahren, bei dem plötzlich, nachdem er sich geschnäuzt hatte, eine emphysematöse Schwellung in der Stirn- und Augenhöhlengegend hervortrat. Nach 10 Tagen war nichts mehr von derselben zu bemerken.

Escat (Toulouse): Symmetrische Zona im Rachen eines Tabikers.

Der zosterartige Ausschlag, den Redn. am Gaumensegel eines tabischen Pat. constatirte, entsprach genau dem Gebiet des Nerv. palatinus posterior und des N. palatinus medius.

Grossard (Paris): Tuberculöse Perforationen des Gaumensegels.

Redn. hat 2 Fälle dieser seltenen Affection beobachtet. Der eine betrifft

einen 23jährigen Mann mit Tuberculose im zweiten Stadium, welcher innerhalb 18 Monaten 3 grosse Perforationen am Gaumensegel bekam. Der zweite betrifft einen 40jährigen Mann, der seit 2 Jahren wegen Larynxtuberculose in Behandlung stand. Derselbe bekam eines Tages ein starkes Oedem des Zäpfchens. 8 Tage später sah man an der Basis desselben ein kleines Loch. Die Perforation verbreitete sich dann auf das Gaumensegel in einer Ausdehnung von ca. 2 cm.

Laurens (Paris): Osteom der Nasenhöhle mit Mucocele der Stirn- und Kieferhöhle. Partielle Resection des Oberkiefers und des Siebbeins. Heilung.

L. exstirpirte bei einer jugendlichen Kranken ein Osteom, das die ganze eine Nasenseite und die Kieferhöhle erfüllte. Er demonstrirt das Präparat und die Photographie der Patientin. Die Heilung erfolgte rasch und per primam.

Bonain (Brest): Die Anwendung von cocainhaltigem Menthophenol in der Laryngologie.

In Vervollständigung seiner früheren Untersuchungen hat B. das Menthophenol im letzten Jahre in der Nase, im Pharynx und Larynx versucht. Er empfiehlt es als vortreffliches Anaestheticum.

Collinet (Paris): Hypertrophie des lymphoiden Gewebes an der Seite des Rachens, wie Gaumenmandeln aussehend.

35jährige Frau, seit 8 Tagen an Halsweh leidend, zeigt bei der Untersuchung des Rachens 4 Gaumenmandeln, 2 vordere und 2 hintere. 14 Jahre vorher war bei der Pat. eine Tonsillotomie gemacht worden. Dieser Grad von Proliferation des lymphoiden Gewebes bei einer Erwachsenen, der noch dazu im Alter von 21 Jahren der Hals anscheinend gründlich frei gelegt wurde, ist bemerkenswerth.

Texier (Nantes): Zwei Fälle von polypoider Hypertrophie der Mandel.

Redn. bespricht 2 Fälle. Der eine hatte auf der rechten Tonsille eine polypoide Geschwulst von der Form einer Mandel, der andere einen etwas kleineren gestielten Tumor in der Fossa supratonsillaris. Die histologische Untersuchung ergab bei beiden, dass es sich um abgesprengtes Mandelgewebe handelte.

Raoult und Thiry (Nancy): Ueber schankerartige ulcerös-membranöse Mandelentzündungen.

Die Redn. halten auf Grund neuerer Untersuchungen ihre frühere Behauptung aufrecht, dass der spindelförmige Bacillus die Ursache dieser schankerartigen ulcerös-membranösen Mandelaffectionen ist. Dieselben haben zwei Stadien: das pseudomembranöse, in welchem die Nekrose des Gewebes zur Pseudomembranbildung führt, und das ulceröse nach dem Abfallen der Membran.

Sarremone (Paris): Syphilitischer Schanker des Kehlkopfs.

Redn. sah einen Fall von sehr tief gelegenem Schanker. Derselbe sass am Lig. ary-epiglotticum und reichte bis auf das Taschenband. S. glaubt, dass der Speichel den Infectionskeim an diese Stelle getragen hat.

Jacques (Nancy): Ozaena und Nebenhöhlenentzündungen.

J. ist der Ansicht, dass weder die klinischen Beobachtungen, noch die bakteriologischen Forschungen, noch auch die pathologisch-anatomischen Untersuchungen Anlass geben, die Ozaena als eine selbständige und einheitliche Krankheit zu betrachten. Dieselbe wird vielmehr durch die verschiedenartigsten Eiterungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen herbeigeführt, wofern sich dieselben auf einem scrophulösen Boden entwickeln und in die Länge ziehen.

de la Combe (Bordeaux): Aphthöse Laryngitis.

Verf. schliesst seine Betrachtungen an 5 Fälle von Aphthen im Kehlkopf an, die er beobachtet hat. Dieselben sind nicht primär, sondern durchgehends secundär nach Aphthenbildung im Munde auftretend. Ihr Aussehen ist dasselbe, das die Aphthen sonst auf Schleimhäuten bieten. Die Therapie besteht in Aenderung der Ernährung und localen Pinselungen.

G. Gellé fils (Paris): Hämorrhagische Kehlkopfentzündungen.

Redn. sah 2 Fälle von submucöser Blutung der Stimmbänder bei Leuten, die ausserordentlich schwere Lasten zu tragen hatten. Er führt dieselbe auf die Congestion des Larynx zurück, die durch den zur Leistung so grosser Anstrengungen nothwendigen stricten Schluss des Halses verursacht wird.

Brindel (Bordeaux): Entfernte Folgen der Operation adenoider Vegetationen.

Die Mittheilungen basiren auf 705 Beobachtungen, die innerhalb 2 Jahren in Moure's Klinik gesammelt wurden.

1. Was das Gehörorgan anlangt, so werden die frischen catarrhalischen Otitiden und die chronisch catarrhalischen Otitiden mit Synechien durch die Adenotomie gebessert. Dieselbe scheint auch den progressiven Verlauf der trockenen und der sclerösen Otitiden etwas aufzuhalten.

Auch die Taubstummen erfahren oft eine Besserung. Sie bekommen ein wenig Gehör. Der Ohrenfluss wird häufig geheilt oder wird doch der chirurgischen Behandlung zugänglich.

2. Was die Nase anlangt, so wird durch die Eröffnung der Luftpassage durch die Nase bisweilen eine präexistirende Coryza atrophica geheilt und eine Schwellung der Schleimhaut erzielt.

3. Die Mandeln erfahren eine regressive Einwirkung.

4. Recidive kommen vor, sind aber selten. Jedoch atrophiren die nicht mitentfernten Reste niemals.

Castex (Paris): Die sclerogene Methode bei der Kehlkopftuberculose.

Redn. wendet die Lannelongue'sche Methode in Fällen an, in denen nicht zu ausgedehnte Ulcerationen bestehen. Er injicirt 4 mal in Intervallen von 14 Tagen die Hälfte einer Pravaz'schen Spritze von einer $^1/_{25}$-Lösung. Auch für circumscripte Infiltrationen erscheint ihm dies Verfahren angezeigt.



Moure (Bordeaux): Drei Fälle von fibrösen Nasenrachenraumpolypen, exstirpirt vom Munde aus.

Von 3 Kranken, die M. in diesem Jahre operirt hat, bekamen 2 Recidive, der eine ein gutartiges, das durch Electrolyse beseitigt wurde; der andere ein ernsthafteres, das einen neuen Eingriff nöthig machte; nach diesem ist wieder ein geringes Recidiv aufgetreten, diesmal aber gutartiger. Der dritte Fall ist bisher recidivfrei. Der Sitz der Polypen im Nasenrachenraum ist wechselnd; man findet sie an allen Stellen desselben. Die Operationsmethode vom Gaumen her hält M. für vortrefflich; er hat eine besondere Zange dafür anfertigen lassen.

Raoult und Hoche: Hornbildung an der Gaumenmandel.

Es handelt sich um einen Fall von primärer Keratosis der Mandel. Das verhornte Gebilde war etwa 3 cm lang und sass in einer Krypte der Fossa supratonsillaris. Die Verff. stellen den pathologischen Process den gewöhnlichen Keratosen der Haut gleich.

Malherbe (Paris): Eine neue Behandlungsmethode für Nasenscheidewandverbiegungen durch Morcellement.

Die Methode eignet sich für knorpelige Deviationen mit oder ohne Verdickung. M. incidirt die Schleimhaut über der Verbiegung und präparirt sie nach oben hin ab. Mit einem kleinen scharfen Meissel wird dann stückweise der Knorpel fortgenommen und schliesslich die Schleimhaut zurückgeschlagen und durch einen Gazebausch fixirt. Die Operation dauert 5—10 Minuten und kann unter Bromäthylnarkose gemacht werden.

Berbineau (Bordeaux): Ein Fall von maligner Geschwulst des Gaumensegels.

Es handelt sich um ein Pflasterzellenepitheliom, das von Moure vor $2^1/_2$ Jahren mit dem Thermokauter entfernt wurde. Dasselbe ging vom Zäpfchen aus und hatte auf das Gaumensegel übergegriffen; Drüsen waren nicht afficirt. Pat. befindet sich wohl und ist recidivfrei.

Garel (Lyon): Die stereoskopische Photographie des Kehlkopfes.

G. hat an dem French'schen Apparat derartige Veränderungen angebracht, dass er in kurzer Zeit eine grosse Reihe Bilder gewinnt und so ein stereoskopisches Bild der Vorgänge im Kehlkopf reproduciren kann. Er schreibt dieser Methode eine grosse Bedeutung für die laryngologische Forschung und den Unterricht zu.

Mahu (Paris): Die endolaryngeale Abtragung von Kehlkopftumoren und Vegetationeu.

Demonstration eines Operationsbesteckes, das alle nothwendigen Instrumente — Curetten und Zangen — in einfacher Form enthält.

Vacher: Demonstration von Apparaten und Instrumenten.

1. Ein Zungenherabdrücker mit Vorrichtung zum Auffangen der mit der Curette entfernten Vegetationen.



2. Eine Art Doppelharpune zum Fixiren der Muschelenden.

3. Ein Meissel zur Eröffnung der Innenwand der Highmorshöhlen.

4. Eine schneidende Zange zur stückweisen Abtragung der Mandeln.

5. Zwei Ringe an Griffen, die man stark gegen die Mandeln drückt, damit dieselben hervorspringen und ohne Verletzung der Gaumenbögen abgetragen werden können.

Jacques: Demonstration von Apparaten.

J. demonstrirt eine zweckmässige Zusammenstellung von Verbandzeug, das sich leicht lange Zeit steril erhalten lässt.

Garel: Neue elektrische Schlinge für adenoide Vegetationen.

Das elektrische Adenotom lehnt sich an die Form des Gottstein'schen Messers an. Es soll die Complicationen durch Blutung zum grossen Theil ausschalten.

Raoult: Instrument zur Abtragung der Gaumen- und der Zungenmandel.

Das Instrument ist nach dem Princip der Krause'schen Curette für endolaryngeale Eingriffe gebaut. Die beiden Theile lassen sich auf einen Griff befestigen. Der eine dient für die vertical hervorstehende Gaumenmandel, der andere für die horizontal verbreitete Hypertrophie der Zungenmandel.

H. Collin (Paris): Demonstration von Instrumenten.

1. Bonain'sche Zange zur Abkratzung der Zungentonsille.

2. Escat'sche gekrümmte Zange zur Compression der blutenden Arterie bei Nasenbluten.

3. Loubard'scher Pulverbläser oder Insufflator; derselbe lässt sich vollständig auseinander nehmen und reinigen.

Moure: Instrumente.

M. legt eine Reihe von Adenotomen vor zur Abtragung der Adenoiden bei Säuglingen und kleinen Kindern.

Er demonstrirt ferner die Zange, deren er sich zur Entfernung fibröser Nasenrachenraumpolypen bedient.

E. J. Moure.

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, November. 1900. No. 11.

Max Schaeffer †.

„Auf dem Rhiensberger Friedhofe hat man am 11. Septbr. einen Mann zu Grabe getragen, der durch seine hervorragende ärztliche Tüchtigkeit weit über die Grenzen unseres Gemeinwesens hinaus bekannt und geschützt war, und der auf der Höhe des Lebens in der Fülle der Kraft und des Glückes einen so tragischen Tod gefunden hat, dass neben den Angehörigen nicht nur seine Freunde und Patienten, sondern auch weitere Kreise nah und fern stets mit schmerzlicher Trauer seiner gedenken werden.

Da über den Unfall selbst allerhand widersprechende, unvollständige und zum Theil ungenaue oder falsche Berichte von Mund zu Mund und durch die Spalten der localen und der süddeutschen Presse gehen, da ferner unter den zahlreichen Freunden und Verehrern des Entschlafenen der Wunsch nach einer möglichst wahrheitsgetreuen Schilderung des Unfalls laut geworden ist, so möge es mir als langjährigem Freunde Dr. Max Schäffer's und seiner Familie gestattet sein, eine authentische Darstellung des beklagenswerthen Unglücks hiermit der Oeffentlichkeit zu übergeben.

Als Quellen dienten mir die letzten Aufzeichnungen des Verunglückten, der mündliche Bericht des Sohnes, der mit einer Führercolonne das Olperergebiet abgesucht und die Unglücksstelle gesehen hat, und ein Brief des Herrn Fritz Nickel jr. in Innsbruck, des Leiters der Rettungsarbeiten, an den ihm befreundeten Hüttenwart der Alpenvereinssection, Herrn Chr. Waldmann.

Nachdem Dr. Schäffer am 13. August in Steinach am Brenner mit seiner Familie den Tag der silbernen Hochzeit gefeiert hatte, blieb er noch eine Woche mit ihr zusammen, um die Freude an diesem Fest im Kreise der Seinen, im gemeinsamen Genuss der Schönheiten der Berge nachklingen zu lassen. Am 22. August früh trennte er sich von ihnen, die die Heimreise antraten, und fuhr nach dem nahe gelegenen Jodok, wo Joh. Offerer, vulgo Gsotter aus Vals, einer der tüchtigsten und erprobtesten Führer im Gebiete des Olperer, ihn bereits erwartete. Beide verliessen St. Jodok in fröhlicher Stimmung noch am selben Tage und stiegen zur Geraer Hütte auf, wo übernachtet wurde. Am folgenden Tage sollte der Olperer bestiegen und der Abstieg nach der Dominicushütte im Zamser Thale genommen werden.

Die beiden Wanderer brachen am Donnerstag, 23. August, um 5 Uhr Morgens von der Hütte auf und erreichten nach anderthalbstündigem Marsche den Wildlahner Ferner, dessen unterer flacher Theil überschritten werden musste, ehe man an den schwieriger zu nehmenden, vom Olperer sich herabziehenden Firngrat kam. Das Wetter scheint etwas nebelig, jedenfalls nicht ganz klar gewesen zu sein. Der Führer, ein kleinerer Mann von 60 Jahren, ging voran, Schaeffer folgte in 10 m Abstand, mit ersterem durch ein Seil verbunden. 20 Minuten nach dem Betreten des Gletschers kam man an eine Längspalte. Höher hinauf führt zwar quer über den flachen Theil des Gletschers ein sicherer Geröllgrat, der aber zum Unglück von dem Führer, wie üblich, gemieden wurde, um den Weg nach dem Firngrat abzukürzen. Die Spalte hatte an der Stelle, wo sie überschritten werden musste, bei 1,30 bis 3 m Breite eine Oeffnung von etwa 6 m Länge. Der Führer überschritt nun die über der Spalte liegende Schneebrücke wahrscheinlich zu nahe der Oeffnung, Schaeffer folgte ihm, brach aber mitten auf der Schneebrücke durch und riss den an Körpergewicht viel leichteren Führer, der bereits die andere Seite der verdeckten Gletscherspalte erreicht hatte, aber „mit doppeltem Seil zu kurz angeseilt“ war, mit sich in „eine Tiefe von 80 bis 120 Fuss“. Dies geschah Morgens um 7 Uhr. „Der Führer brach sich beim Fall Oberarm und Oberschenkel“ und konnte daher bei dem Rettungsversuch nicht behülflich sein. Schaeffer umhüllte ihn nun mit seinem Mantel und legte eine Flasche Wein, Fleisch und Brod neben den Schwerverletzten, damit dieser möglichst lange der Erschöpfung durch Hunger Widerstand leisten konnte. Dann unternahm er, obgleich er selbst „eine rechtsseitige Knieluxation“ davongetragen hatte, von $7^1/_2$ Uhr an Rettungsversuche. Da an der Absturzstelle ein Aufstieg wohl zu schwierig schien, so arbeitete er sich zunächst 6 m weiter in der Richtung nach der oben genannten Oeffnung zu. „Ich stieg“, so schreibt er selbst, „mit unsäglicher Mühe und Schmerzen herauf, aber ich stürzte durch das Knie zweimal ab, zum Glück auf den Rücken. Von $7^1/_2$ bis 3 Uhr versuchte ich Rettung, zuletzt versagte das Knie ganz“. Als er die Rettungsversuche aufgab, hatte er sich bis auf 5 m vom Gletscherrand hinaufgearbeitet und an der Eiswand einen Vorspung von 2 m Länge und $1^1/_2$ m Breite erreicht. Ob er noch höher hinauf gelangt ist, lässt sich nicht mit Sicherheit feststellen. Wenn auch die Führer $^1/_2$ m unter dem Rande Spuren vom Stufenschlagen bemerkt haben wollen, die nach ihrer Ansicht nur auf den Rettungsversuch Dr. Schaeffer's zurückzuführen sind, so

ist doch der Beweis für die Richtigkeit ihrer Annahme nicht erbracht. Wahrscheinlich hat er auf diesem Vorsprung sich in sein schauerliches Schicksal ergeben, da seine Kräfte versagten und die überhängende Eiswand einen weiteren Aufstieg unmöglich machte.

Und nun, „ehe es in der Spalte zu dunkel wird“, setzt er sich zum Schreiben nieder und sagt seiner Gattin und seinen Kindern in herzlichen Worten Lebewohl. Er schildert selbst kurz den Unfall, giebt klar und bestimmt die Ursachen an und verfügt, dass „der Wittwe des Führers tausend Kronen“ gegeben werden sollen. Er sendet Grüsse an die Angehörigen und an Freunde, an Bekannte und Patienten, trifft Anordnungen privater Natur und Bestimmungen über sein Begräbniss uud schliesst seine Aufzeichnungen, die gegen den Schluss mit zitternder Hand geschrieben sind, mit den ergreifenden Worten: „Gottes Segen über Euch!“ — Nichts von Verzagtheit und Kleinmuth, nichts vor Furcht vor dem Tode, sein letzter Gedanke — ein Wunsch für die Seinen! —

Ueber die Stunde seines Todes kann man nur Vermuthungen hegen. Selbst einige in der Spalte gefundene angebrannte Streichhölzer berechtigen noch nicht zu dem Schluss. dass er erst gegen Abend erfolgt sei. Die $7^1/_2$ stündige anstrengende Arbeit in der Spalte wird ihn wahrscheinlich so erschöpft haben, dass ihn bald nach der Niederschrift seiner letzten Grüsse und Wünsche die Müdigkeit bezwungen hat. Und so, vom Schlaf umfangen, im grausigsten Schosse der Alpenwelt, an der sein naturfreudiges Herz hing, ist er sanft aus dem Leben geschieden, aus einem Leben voll Mühe und Arbeit, aber auch reich an Freuden und Erfolgen.

Man fand ihn nach langem vergeblichen Suchen am Morgen des 5. Septbr. auf dem oben geschilderten Vorsprung in der Spalte. Als leitende Spur hatte der auf dem Gletscher liegende Eispickel des Führers gedient, den dieser im Augenblicke des Sturzes hatte fallen lassen. Dr. Schaeffer lag wie schlafend da, mit friedlichen Zügen, das Haupt im rechten Arme ruhend, der auch den Eispickel umschloss, während die linke Hand sich auf den eisigen Untergrund stützte. Das Seil lag neben ihm. Die Leiche wurde durch drei Führer und den Sohn des verunglückten Führers Offerer geborgen und nach St. Jodok zu Thal gebracht. Offerer's Leiche konnte man erst einen Tag später bergen, da zu diesem Zwecke umfassendere Vorbereitungen getroffen werden mussten. Allen aber, die dazu beigetragen haben, die Leichen der verunglückten Wanderer aus der Tiefe des Gletschers zu Tage zu fördern, dem Leiter der Arbeiten, Herrn Fritz Nickel in Innsbruck und den zwölf Führern und Trägern, die mehrere Tage lang mit Anspannung aller Kräfte nach den Verunglückten gesucht haben, sei auch an dieser Stelle herzlicher Dank und aufrichtige Anerkennung ausgesprochen.

Was Max Schaeffer seiner Familie, seinen Freunden und den vielen, vielen Leidenden war, die bei ihm Trost und Heilung suchten, das steht in deren Herzen unvergänglich eingeschrieben und soll hier nicht weiter erörtert werden. Aber das Ueberwältigende an seinem Untergange, sein Heldenthum und seine Menschengrösse, seine Festigkeit und Klarheit in den letzten Stunden, seine Furchtlosigkeit angesicht des Todes und die alles durchdringende Liebe und Treue zu den Seinen, das muss einen jeden mit Bewunderung für den Mann, mit tiefem Schmerz über

den Verlust erfüllen. Und wenn auch die schwer geprüften Herzen derer, die ihm nahe standen, noch lange bluten werden, wenn sie um Trost ringen, wo es kaum einen Trost giebt, so werden sie sich doch mit der Zeit wieder aufrichten an dem Vorbilde des Entschlafenen, der durch seinen Tod die Wahrheit des Gedankens besiegelt hat, dass „noch gewaltiger als das Schicksal der Muth erscheint, der es erträgt."

Die vorstehende, in der Weserzeitung von einem langjährigen Freunde des Verstorbenen, Herrn Joh. Müller, veröffentlichte Schilderung, welche wir ob ihrer schlichten, tiefempfundenen und ergreifenden Darstellung wortgetreu zum Abdruck gebracht haben, wird die Fachcollegen Max Schaeffer's auf das Traurigste berühren. Denn er war unserer Besten einer, und das grausige Geschick, das ihn in vollster Manneskraft den Seinen und der Wissenschaft viel zu früh entrissen hat, ist erschütternd in seiner Tragik. Aber es wirkt auch erhebend und muss der tiefgebeugten Familie zum Troste gereichen, wenn man sieht, mit welchem Mannesmuthe unser wackerer College seinem furchtbaren Schicksal ins Auge sah, und wie die Eigenschaften, die ihn seinen Freunden so werth gemacht hatten: ruhige Entschlossenheit, Ueberlegung, warmes Empfinden, Besonnenheit, Zuverlässigkeit noch Angesichts des sicheren Todes sich bewährten. Es ist ein stolzes Erbtheil, das er seinen Kindern hinterlassen hat!

Der äussere Lebensgang des Verstorbenen war kein vielbewegter. Als Sohn eines Arztes 1846 in Affing in Bayern geboren, besuchte Max Schaeffer das Gymnasium in Ansbach, studirte in Erlangen und Tübingen, und bestand sein Doctorexamen in Würzburg 1869, die Staatsprüfung in München. Nachdem er den Feldzug 1870/71 mitgemacht hatte, liess er sich zunächst 1873 in Burgbernheim in Baiern als praktischer Arzt nieder, studirte nach dem Tode seiner ersten Frau unser Specialfach bei Victor v. Bruns in Tübingen und bei L. v. Schroetter in Wien, und etablirte sich dann 1874 als Specialarzt für Hals- und Nasenkrankheiten in Bremen, wo er sich im Jahre 1875 zum zweiten Male verheirathete. Neben seiner tiefgebeugten Wittwe, der wir vorstehende Mittheilungen verdanken, trauern sechs Kinder an seiner Bahre.

Literarisch war Schaeffer ungemein thätig, wie aus dem folgenden Verzeichniss seiner Schriften hervorgeht, welches sein Schwiegersohn, Herr Dr. Georg Schotte uns auf unsere Bitte übersandt hat. Sein Sinn war in erster Linie auf das Praktische gerichtet, und die

Erfahrungen des bewährten Forschers wurden stets achtungsvoll von seinen Specialcollegen entgegengenommen und gern gelesen. Ganz besonders verdient hat sich Schaeffer um unsere Kenntniss von den Erkrankungen der Nebenhöhle der Nase, namentlich der Keilbeinhöhle, gemacht. Hier gehörte er zu den ersten Pionieren, und förderte bei dem allseitigen Vertrauen, das seine Angaben verdientermaassen genossen, die Diagnose wie die Therapie dieser bis zu seinen Mittheilungen fast unbekannt gewesenen Leiden aufs Wesentlichste.

Wenn wir seine trauernde Familie des innigsten Beileids aller Laryngologen und Rhinologen versichern, so dürfen wir hinzusetzen, dass dem in so tragischer Weise Heimgegangenen ein ehrendes Andenken in den Annalen seiner Specialwissenschaft gesichert bleibt.

Felix Semon.

Originalartikel von Dr. Max Schaeffer.

1. Zwei Fälle von Asthma und ihre Heilung. Deutsche medicin. Wochenschrift. No. 12. 1875.
2. Laryngoskopische Mittheilungen: 1 Fall geheilter Stimmbandzerreissung, 1 Fall von Ersatz des zerstörten wahren Stimmbandes durch das entsprechende falsche. Ebenda. No. 9. 1876.
3. Lithiasis praeputii. Ebenda. No. 12. 1876.
4. Ueber Perichondritis laryngea tuberculosa mit 1 Abbildung. Ebenda. No. 42, 43, 44. 1876.
5. Beitrag zur Casuistik der Laryngeo-tracheal-Tumoren. Ebenda. No. 29. 1877.
6. Operation eines Larynxpolypen nach der neuen Methode Prof. Dr. Voltolini's. Ebenda. No. 52. 1878.
7. Phonetische Paralyse. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 8. 1880.
8. Ein neues einfaches Laryngoskop mit 1 Abbildung. Deutsche med. Wochenschrift. No. 39. 1880.
9. Operation eines festen fibrösen Larynxpolypen mit Zuhilfenahme der von Prof. Voltolini angegebenen Methode mit 2 Abbildungen. Monatsschrift für Ohrenheilkunde. No. 1. 1879.
10. Zur Behandlung der Larynxstenosen bei Perichondritis laryngea. Deutsche med. Wochenschr. No. 7. 1879.
11. Laryngoskopischer Befund bei Croup. Centralzeitung für Kinderheilkunde. No. 15. 1879.
12. Zur Operation der adenoiden Vegetationen. Monatsschr. für Ohrenheilkunde. No. 7. 1879.
13. Asthma und seine Behandlung. Deutsche med. Wochenschr. No. 32, 33. 1879.

14. Ozaena. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 4. 1881.
15. Kehlkopfpolypenoperationen mittels Schwammes. Ebenda. No. 8. 1881.
16. Naevus der Mund-Larynxschleimhaut. Ebenda. No. 11. 1881.
17. Aus der Praxis. Deutsche med. Wochenschr. No. 5. 1882.
 1. Ranula.
 2. Othaematom.
 3. Retentionsgeschwulst der Glandula submaxillaris sinistra.
18. Nasenpolypen. Ebenda. No. 23. 1882.
19. Zur Jodoformfrage. Ebenda. No. 30. 1882.
20. Aus der Praxis. Ebenda. No. 2. 1883.
 1. Acutes Kehlkopfödem.
 2. Schleimhautriss der Incisura interarytaenoidea.
 3. Laryngitis haemorrhagica.
 4. Laryngitis phlegmonosa mit circumscripter Abscessbildung.
 5. Spasmus glottidis.
 6. Behinderung des Trinkens durch einen Kehlkopfpolypen.
 7. Kehlkopfpolypen bei einem Sänger.
 8. Zahnbildung in der Nasenhöhle.
21. Zur Diagnose der Lungentuberculose. Ebenda. No. 21, 22, 23. 1883.
22. Beitrag zur Frage über die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des Nervus laryngeus inferior recurrens. Berliner klin. Wochenschr. No. 9. 1884.
23. Aluminium acetico-tartaricum. Aluminium acetico glycerinatum siccum. Deutsche med. Wochenschr. No. 23. 1885.
24. Ebendasselbe französisch im Sitzungsbericht der französischen Gesellschaft für Otologie und Laryngologie 1885.
25. Chirurgische Erfahrungen mit Abbildungen in der Rhinologie und Laryngologie. Wiesbaden. Bergmann. 1885.
26. Rhinologische Mittheilungen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 11. 1886.
 1. Epistaxis.
 2. Schleimpolypen in der rechten Oberkieferhöhle.
 3. Cyste der Nasenschleimhaut.
 4. Adenoide Vegetationen im Recessus pharyngeus s. fossa Rosenmülleri.
 5. Aphonie als Reflexneurose von der Nase ausgehend.
 6. Rachenhusten.
27. Aneurysma der Arteria anonyma. Ebenda. No. 1. 1887.
28. Tuberkeltumor im Larynx.
29. Tuberkelgeschwülste der Nase. Deutsche medicin. Wochenschrift. No. 15. 1887.
30. Die locale Behandlung der Erkrankungen der Trachea und Bronchien. Monatsschrift f. Ohrenheilk. No. 4. 1887.
31. Bursa pharyngea und Tonsilla pharyngea. Ebenda. No. 8. 1888.
32. Kehlkopfentzündung mit Ausgang in Abscessbildung nach Influenza. Deutsche med. Wochenschr. No. 10. 1890.
33. Fremdkörper im Larynx mit 3 Abbildungen. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 6. 1890.

34. Larynx-Carcinom mit 3 Abbildungen. Deutsche med. Wochenschr. No. 28. 1890.
35. Zur Diagnose und Therapie der Nebenhöhlen der Nase mit Ausnahme des Sinus maxillaris. Ebenda. No. 41. 1891.
36. Ueber das Curettement des Larynx nach Heryng. Therapeut. Monatshefte. October 1890.
37. Abscesse der Nasenscheidewand. Ebenda. October 1891.
38. Aus der Praxis. Nasenleiden und Reflexneurosen. Deutsche med. Wochenschrift. No. 23, 24. 1884.
39. Fein krystallisirtes Jodol für Insufflationen in der rhinologischen Praxis. Therapeutische Monatshefte. Juni 1889.
40. Bericht über 1000 adenoide Vegetationen. Wiener med. Wochenschr. No. 26. 1890.
41. Pharyngitis acuta infectiosa phlegmonosa. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. No. 7. 1892.
42. Ueber acute und chronische Erkrankungen der Keilbeinhöhlen. Deutsche med. Wochenschr. No. 47. 1892.
43. Geheilte Kehlkopffractur. Ebenda. No. 47. 1893.
44. Fremdkörper in den Luftwegen. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie von Dr. Paul Heymann. Wien 1898.
45. Therapeutische Notiz über Menthol-Jodol. Therapeut. Monatsh. Sept. 1898.

Ausserdem 71 Referate und Kritiken.

II. Referate.

a. Aeusserer Hals, Medicamente etc.

1) **Jacob Gugenheim** (Nürnberg). **Zwei Fälle von angeborener vollständiger Halsfistel.**

Die beiden Fälle betreffen ein Brüderpaar. Die innere Fistelöffnung liegt bei beiden an derselben Stelle in der Tonsillarbucht, die äussere an verschiedenen Stellen, einmal am inneren Rande des Sternocleidomastoideus genau in der Mitte zwischen Kieferwinkel und oberen Schildknorpelrand, beim zweiten Falle 3 cm oberhalb des Supraclaviculargelenks in der Mitte zwischen äusserem und innerem Rand des Sternocleidomastoideus.

F. KLEMPERER.

2) **J. M. Ingersoll. Einige Ursachen und Wirkungen der Mundathmung. (Some of the causes and effects of mouth breathing.)** *Buffalo Medical Journal. Januar 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.



3) **Pollak. Einige neue Medicamente in der Phthiseotherapie.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 3. 1900.*

Von Duotal (Guajacolum carbonic. puriss.) sah P. auf Husten, Auswurf, Athemnoth und sonstige Beschwerden der Phthisiker keinen nennenswerthen Einfluss, ebensowenig auf den objectiven Befund.

Pyramidon, ein Antipyrinderivat bewährte sich als Antifebrinum sehr gut. —

Ueber die Wirkung der Heroinum hydrochloricum, ein Diessigsäureester des Morphins spricht sich P. sehr lobend aus, indem es schon in einer Dosis von 0,005 g ein prompt wirkendes, hustenstillendes Mittel ist. — Auch konnte P. keine unangenehmen Nebnnwirkungen bei Verabreichung dieses Präparates wahrnehmen.

CHIARI.

4) **A. Goldmann** (Wien). **Sirolin als Heilmittel und als Prophylacticum bei Erkrankungen der Athmungsorgane.** *Wiener med. Presse. No. 13 u. 14. 1900.*

Angeblich gute Erfolge. — Die Nachtschweisse der Phthisiker werden gemildert, das Mittel wirkt ferner hustenlindernd und appetitanregend. — Sirolin ist ein 10 proc. Thiocolorangensyrup.

CHIARI.

5) **Goldmann** (Wien). **Die Erkrankungen der Luftwege und ihre Behandlung mit „Pertussin Taeschner".** *Wiener med. Blätter. No. 17. 1900.*

G. lobt das Mittel in seiner krampflindernden und schleimlösenden Wirkung 4—5 Kaffee- bis Esslöffel täglich.

CHIARI.

6) **Hoff** (Wien). **Die therapeutische Nutzanwendung des Dionin.** *Aerztl. Central-Anzeiger. No 31. 1899.*

H. konnte besonders bei Phthisikern recht gute Erfolge von Dionin constatiren. — Es wirkte hustenstillend und steigert den Appetit. — H. wendet es gern nach folgendem Recept an:

Rp. Chinin. mur.
Natr. bicarb. ana 2,0
Dionini 0,2—0,3.
M. E. D. f. pulv. No. X.
S. 3mal täglich 1 Pulver.

CHIARI.

7) **Stella. Protargol bei der Behandlung von Nasen-, Rachen- und Kehlkopfaffectionen. (Protargol in the treatment of affections of the nose, pharynx and larynx.)** *International Medical Magazine. Januar 1900.*

Tägliche Spülung der Nase mit 10 proc. Lösung ergab bei acuter eitriger Rhinitis mit oder ohne Pseudomembranen vortreffliche Resultate. Auch bei chronischer Laryngitis, bei Sängerknötchen und Pachydermien erwies sich das Mittel als nützlich; nur verursacht es bei der Application leicht Glottisspasmus.

EMIL MAYER.

8) **Herz** (Antwerpen). **Ueber acute Cocainvergiftung.** *Wiener med. Wochenschr. No. 3. 1900.*

Die Intoxicationserscheinungen stellten sich nach endolaryngealer Einsprit-

zung von 0,3 g Cocain ein. — In diesem Falle fehlten zwei constant angegebene Symptome: Gesichtsblässe und Uebelkeit.

CHIARI.

9) **T. Heryng. Ueber den therapeutischen Werth des Pharynx- und Larynx-Gurgelns. (O wartosci leczniczej ptohan gardzieli i krtani.)** *Czasopismo lekarskie. No. 1. 1900.*

Nachdem Verf. die Technik des Gurgelns und besonders des Kehlkopfgurgelns (nach Guinier) beschrieben hat, resumirt er seine Ansicht über den therapeutischen Werth des Gurgelns in folgenden Sätzen. Das Gurgeln erzielt die:

1. Berieselung und Erweichung der Schleimhaut durch das medicamentöse Mittel.

2. Verhinderung der Secretstagnation, wobei die Wirkung der Pharyngolaryngealmusculatur in Frage kommt.

3. Abhärtung der Schleimhaut des oberen Theiles und Respirationstractus.

4. Eine prophylactische und pharmacodynamische Wirkung durch die im Gurgelwasser enthaltenen Mittel.

Sämmtliche Gurgelmittel theilt Verf. in folgende Gruppen:

1. Antiseptische, 2. antispasmodische und narkotische, 3. adstringirende, und 4. resolvirende.

A. v. SOKOLOWSKI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

10) **H. Preysing** (Rostock). **Tuberculom der Nasenscheidewand.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. 32.*

Eine als Schnupfen einsetzende Erkrankung bei einem früher an Knochentuberculose kranken, aber zur Zeit gesunden und kräftigen Individuum; vereinzelter tuberculöser Tumor an der Nasenscheidewand; keine Bacillen, schnelle Heilung, Neigung zum Recidiviren und Möglichkeit einer Infection von einer tuberculösen Lymphdrüsenfistel aus durch den kratzenden Finger. — Alles Merkmale, auf die Chiari bei den von ihm zusammengestellten Fällen hingewiesen hat.

ZARNIKO.

11) **Hasslauer. Die Tumoren der Nasenscheidewand mit Ausschluss der bösartigen Neubildungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. X. S. 60. 1900.*

Die ausführliche und lesenswerthe Studie umfasst ein Material von 281 Fällen von Tumoren der Nasenscheidewand, die sich folgendermaassen vertheilen:

81 Tuberculome,
57 blutende Septumpolypen,
35 Warzengeschwülste und zwar 20 harte und 15 weiche Papillome,
30 Fälle von Fibroma oedematosum,
26 Syphilome, Gummata etc.,
16 polypoide Hyperplasie,
9 Fibrome,
6 Myxome,

4 Adenome,
4 Enchondrome,
3 Cysten,
10 vereinzelt beobachtete Geschwulstformen (Naevus pigmentosus, Lipom, Granulationspolyp etc.).

F. KLEMPERER.

12) **Antonio Reale. Ueber ein Papillom der Regio vestibularis der Nase. (Su di un papilloma della regione del naso.)** *Archiv. Ital. di Laringologia. April 1900.*

Bericht über einen im rechten Vestibulum nasi sitzenden Tumor, der nach der Beschreibung und den beigegebenen Abbildungen ein Papillom ist. Verf. hebt die Aehnlichkeit des Tumors mit einem Condyloma acuminatum hervor, und da es ihm gelungen ist, zu ermitteln, dass Patient einige Monat vor Entstehung des Nasentumors Condylomata acuminata an den Genitalien hatte, so glaubt er an die Möglichkeit einer Auto-Inoculation, eine Hypothese, der gegenüber man sich wohl kaum skeptisch genug verhalten kann.

G. FINDER.

13) **W. E. Casselberry. Das intranasale Angiom: der blutende Septumpolyp. (Intranasal angioma: bleeding polypus of the septum.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 3. Februar 1900.*

Der Septumpolyp sitzt an verschiedenen Stellen, stets am vorderen Theile der Nasenscheidewand, öfters an der Basis. Er ist erbsen- bis haselnussgross: grössere Tumoren sind sehr verdächtig auf Sarcom. Die Oberfläche ist gebuckelt oder gefurcht, kann aber auch glatt sein; die Farbe ist dunkelblau oder roth; der Stiel schmal oder breit. Die Hauptsymptome sind Nasenverstopfung und Nasenbluten. Frauen sind im Verhältniss von 3:1 häufiger betroffen als Männer. Nach gründlicher Entfernung zeigt der Septumpolyp wenig Neigung zum Recidiv. Sarcom muss durch genaue mikroskopische Untersuchung ausgeschlossen werden.

EMIL MAYER.

14) **R. Sinolencki. Ein Fall von Neubildungen in der Nase. (Nowotwóv jam nosowych.)** *Pamietnik Towarzystwa lekarskiego. Z. I. 1900.*

Es handelt sich um einen 36 jährigen Patienten, bei welchem Verschluss der Nase durch ungewöhnlich grosse und multiple Polypen seit einigen Jahren bestand.

A. v. SOKOLOWSKI.

15) **A. C. Mukherji. Ein Fall von enormem Nasen- und Postnasal-Polyp: Lähmung und Tod. (A case of enormous nasal and postnasal polypus: paralysis and death.)** *N. Y. Medical Record. 27. Januar 1900.*

Der Fall betrifft einen jungen Mohammedaner, der die Operation verweigerte. Derselbe starb offenbar in Folge des Druckes, den die Geschwulstmasse auf das Gehirn ausübte. Die Natur des Tumors ist nicht festgestellt; stellenweise war derselbe knorplig.

LEFFERTS.

16) **Ol. Barrago-Ciarella. Ueber den nicht seltenen Befund von Blastomyceten bei Schleimpolypen der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. S. 489. 1900.*

Verf. schildert eigenartige Gebilde, die er mehrfach in Nasenpolypen fand.

Er hält sie für Parasiten, ohne indess ihre parasitäre Natur zu erweisen. Ob er ihnen eine ätiologische Bedeutung für die Entstehung der Polypen zuschreibt, ist aus dem etwas fremdartigen Deutsch der Arbeit nicht klar zu erkennen. Die Färbung der Gebilde ist näher beschrieben, ihr Aussehen durch eine colorirte Tafel illustrirt.

F. KLEMPERER.

17) **H. W. Loeb. Entfernung von 107 Polypen in einer Sitzung. (Removal of 107 polypi in one sitting.)** *St. Louis Courier of Medicine. Januar 1900.*

Die Polypen, die mit der Loeb'schen elektrischen Glühschlinge aus beiden Nasenseiten entfernt wurden, wogen zusammen 70 g und nahmen 60 ccm Raum ein. Bei der ganzen Procedur floss kaum 1—2 Esslöffel Blut. Unmittelbar danach wurde die linke mittlere Muschel entfernt und die Siebbeinhöhle curettirt. Die Heilung verlief ohne Entzündungserscheinungen.

EMIL MAYER.

18) **J. E. Newcomb. Knöcherne Cyste der mittleren Muschel. (Bony cyst of the middle turbinate.)** *Laryngoscope. Januar 1900.*

Die Cyste ist aus der Nase eines Mannes exstirpirt, dem vor einigen Jahren Polypen entfernt worden sind.

EMIL MAYER.

19) **Thos. J. Harris. Adenom der Nase. (Adenoma of the nose.)** *Laryngoscope. Februar 1900.*

Die anatomische Diagnose lautete auf reines Adenom mit Verdacht auf Malignität. H. entschloss sich deshalb zur Radicaloperation. Die Nase wurde nach links übergeklappt und dadurch freier Zugang zur Nasenhöhle geschaffen; es ergab sich, dass die Geschwulst beiderseits in das Siebbein, in die Keilbein- und die Kieferhöhlen hinein sich erstreckte. Die Stirnbeinhöhlen scheinen nicht afficirt zu sein. Der Pat. konnte am 8. Tage nach der Operation das Hospital verlassen und ist bisher ohne Recidiv geblieben. Da das Septum ganz von der Geschwulst ergriffen war, musste es entfernt werden. Die Blutung war sehr stark, liess sich aber durch Gazetampons stillen.

EMIL MAYER.

20) **Róna** (Budapest). **Ueber Rhinosclerom.** *Archiv f. Dermatolog. u. Syphilis. 49. Bd. S. 265.*

R. constatirt, dass mindestens 21 Fälle sicheren Rhinoscleroms aus Ungarn stammen, so dass dieses Land den vierten Platz (Russland, Oesterreich, Mittelamerika, Ungarn) unter den Staaten in Bezug auf das Vorkommen des Rhinoscleroms einnimmt. — Das eigentliche Rhinosclerongebiet ist nach den Untersuchungen das mittlere Ungarn. — Ferner giebt R. an, dass von seinen beobachteten Fällen:

1. in einem Falle das Rhinosclerom von einer höhergradigen regionären Lymphdrüsenschwellung begleitet war;
2. dass die mikroskopische Untersuchung dieser Lymphdrüsen einen subacuten entzündlichen Process gezeigt hat;
3. dass diese Lymphdrüsen eine Lymphe enthalten haben, welche üppige Sclerombacillenculturen ergaben;

4. dass Nährböden, welche mit der Lymphe und mit dem Blute aus der gesunden Nachbarschaft des Rhinoscleromgebietes beschickt wurden, steril blieben.

5. ebenso blieben die Culturböden steril, die mit venösem Blute geimpft wurden.

6. die hämatologische Untersuchung des Blutes ergab keine Veränderungen desselben.

7. Die Autoinoculation hat mindestens nach Monaten kein Zeichen des Haftens gegeben.

CHIARI.

21) **P. H. Gerber. Ueber das Sclerom, insbesondere in Ostpreussen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. S. 347. 1900.*

G. berichtet über 10 Fälle, von denen nur einer ein typisches Rhinosclerom in altem Sinne darstellt, die übrigen 9 in der Nase keine oder nur unwesentliche Veränderungen und die eigentliche Localisation der Krankheit im Kehlkopf zeigten. In 6 Fällen bestanden die gewöhnlichen subglottischen Wülste, in 3 eine vorwiegend supraglottische Stenose durch Infiltration der Taschenbänder. Die Diagnose wurde in der Mehrzahl der Fälle durch die histologische und bacteriologische Untersuchung gesichert. 5 Fälle stammen aus Ostpreussen, 4 aus Russisch-Polen.

G. hält das Sclerom der Athemwege für „eine nicht so seltene, wie es scheint, sich ausbreitende Infectionskrankheit, gegen die prophylactische Maassnahmen geboten sein werden." Die Verschiedenartigkeit der von den verschiedenen Autoren publicirten Fälle erklärt G. durch stufenweise Abschwächung des Krankheitsvirus, die vielleicht mit den geographischen Verhältnissen zusammenhängt, mit der zunehmenden Entfernung von den eigentlichen Herden der Krankheit.

F. KLEMPERER.

22) **Alexander Baurowicz. Das Sclerom auf Grund der Beobachtung von 100 Fällen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. X. 3. S. 363. 1900.*

Die gründliche klinische Studie B.'s über die in Galizien endemische Krankheit eignet sich nicht zum kurzen Referat; es sei auf das Original verwiesen.

F. KLEMPERER.

23) **Lehrmann** (Bischofstein). **Ein Fall von Rhinosclerom durch Carcinom complicirt.** Dissert. Freiburg 1900.

Ein 45jähriger Handelsmann aus dem Gouvernement Kowno in Russland kam zu Gerber in Königsberg in Behandlung wegen Störung der Nasenathmung. Die Untersuchung ergab Rhinosclerom (Nase und Pharynx) und Plattenepithelkrebs des Zahnfleisches. Die Complication des Rhinoscleroms mit Carcinom war offenbar nur eine zufällige, denn es konnte an den vom Alveolarfortsatze des Oberkiefers herrührende Tumormassen keine irgendwie auf Rhinosclerom hinweisende Momente entdeckt werden.

SEIFERT.

24) **Konzert** (Innsbruck). **Carcinom der Nase.** Wissenschaftl. Aerzte-Gesellsch. in Innsbruck, Sitzung vom 2. December 1899. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 7. 1900.*

Demonstration eines 72jährigen Mannes mit fungösem Carcinom der äusseren

Nase. — Die ersten, mit dem Gefriermikrotom hergestellten Schnitte liessen histologisch die Diagnose zwischen perivasculärem Sarcom und Adenocarcinom nicht genau feststellen.

CHIARI.

25) **G. Scheff** (Wien). **Ueber die Beziehungen der Nasen- zu den Augenkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung des Thränennasencanals.** *Wiener med. Wochenschr. 1899. No. 52. 1900. No. 1.*

Vortrag, gehalten in der Wiener laryngol. Gesellschaft am 6. April 1899. Siehe Bericht dieser Gesellschaft.

CHIARI.

26) **Gerber** (Königsberg). **Ein Doppeldiaphanoskop zur Durchleuchtung der Stirnhöhlen.** *Deutsche med. Wochenschr. 11. 1900.*

Verf. hält die Durchleuchtung der Kiefer- und der Stirnhöhlen für eine sehr schätzenswerthe diagnostische Hülfe. Will man einen Vergleich zwischen beiden Stirnhöhlen desselben Individuums anstellen, so empfiehlt es sich, sie nicht nacheinander, sondern gleichzeitig unter gleichen Bedingungen zu durchleuchten. Das geschieht, indem man zwei Diaphanoskope aufsetzt, die entweder unabhängig von einander, oder, wie beim Instrument des Verf.'s auf einem Gestell nach allen Richtungen beweglich und verstellbar angeordnet sind. — An einer Reihe von Krankheitsfällen sucht Verf. die Brauchbarkeit jenes Verfahrens plausibel zu machen.

ZARNIKO.

27) **Lang** (Wien). **Stirnbeinsequester.** Wiener dermatol. Gesellsch., Sitzung vom 6. December 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 1. 1900.*

Demonstration eines 10 cm langen und 6 cm breiten Sequesters des linken Stirnbeines, wobei die luetische Nekrose auch die Lamina vitrea in einer Ausdehnung von 6 cm^2 erfasst hatte, so dass an dieser Stelle deutlich die Pulsation des Gehirns wahrnehmbar ist.

CHIARI.

28) **P. L. Pelaez Villegas. Die Anatomie der Ethmoidalzellen. (Anatomy of the ethmoidal cells.)** *N. Y. Med. Record. 27. Januar 1900.*

V. sagt, dass die Anordnung der Ethmoidalzellen eine sehr wechselnde ist und daher auch die Topographie der zu den verschiedenen Nebenhöhlen führenden Eingangsöffnungen keine reguläre. Er schlägt vor, die bisherige Eintheilung der Siebbeinzellen in vordere und hintere fallen zu lassen.

LEFFERTS.

29) **M. Moszkowski. Nachweis von Influenzabacillen im Eiter eines acuten Empyems der Highmorshöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. S. 336. 1900.*

Die Influenzabacillen wurden aus Eiter gezüchtet, der aus dem mittleren Nasengang entnommen war. Für den Zusammenhang zwischen Influenza und Empyem, der allgemein anerkannt ist, fehlte, wie M. angiebt, bisher der directe bacteriologische Nachweis.

F. KLEMPERER.

30) **F. H. Boucher. Nasennebenhöhlen- und Mittelohrcomplicationen bei Grippe. (Nasal accessory sinus and middle-ear complications of la Grippe.)** *Jowa Medical Journal. März 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.



31) **S. Hercog** (Agram). **Ein Beitrag zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie des acuten Empyems der Highmorshöhle.** *Vierteljahrsschr. f. Zahnheilkunde. No. 2. 1900.*

Für den Specialisten nichts Neues. CHIARI.

32) **W. Wroblewski. Das acute Kieferhöhlenempyem. (Empyema antri Highmori acutum.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. X. H. 1. S. 52. 1900.*

W. giebt die Krankengeschichten von 5 Fällen von acutem Kieferhöhlenempyem und bespricht die Aetiologie, Symptomatologie und Therapie dieses Leidens. Die Probepunction, die Avellis zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken empfiehlt, hält er nicht für nothwendig. Für die Diagnose erscheint ihm die Durchleuchtung als ausschlaggebend. Und therapeutisch ist er in allen Fällen mit warmen Umschlägen auf Kopf und Gesicht, event. Jodkali innerlich und entsprechender Allgemeinbehandlung (Bettruhe, Antipyretica und Diaphoretica) zum Ziele gelangt. Die Heilung des acuten Empyems der Highmorshöhle ist eine Selbstheilung. W. schliesst seine Mittheilung mit der berechtigten Mahnung, die specialistischen Handgriffe nicht überall anzuwenden, wo sich die Gelegenheit bietet, sondern nur da, wo man ohne dieselben nicht auskommen kann, „vor allem Aerzte und erst dann Specialisten" zu sein. F. KLEMPERER.

33) **G. Avellis. Der Ausgang des acuten Kieferhöhlenempyems in Verkäsung, seine klinische Würdigung und seine Chancen für die Heilung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. X. H. 2. S. 271. 1900.*

A. steht bezüglich der Behandlung des acuten Kieferhöhlenempyems im Wesentlichen jetzt auf demselben Standpunkt, wie Wroblewski. Er erkennt an, dass acute, sogar sehr stürmisch auftretende Kieferhöhlenempyeme in der Regel spontan ausheilen und er hat „in den letzten Jahren von der Sicherung der Diagnose durch Probeausspülungen viel öfters als früher Abstand genommen". Dagegen giebt es nach A. eine ganz bestimmte Art von Empyemen, bei denen eine einmalige Ausspülung nöthig ist und zur Heilung führt. Das sind die käsigen Empyeme, von denen Avellis 3 Fälle beobachtet hat. Der Eiter des acuten Empyems ist zum Theil eingedickt, verkäst und wirkt nach Ablauf der primären Entzündung, wie ein Fremdkörper, reizend, secretionsanregend. Avellis spricht von „Fremdkörperempyemen", „Eiterrestempyemen". Diese Eiterung hört in derartigen Fällen sofort auf, sobald durch die erste Ausspülung der Eiterrest entfernt ist. F. KLEMPERER.

34) **Sargent F. Snow. Cephalagra und Tic douloureux infolge von Nebenhöhlenerkrankung. (Cephalagra and tic douloureux from accessory sinus affection.)** *Buffalo Medical Journal. Januar 1900.*

S. beschäftigt sich mit den intensiveren Formen von Kopfschmerz und ist der Meinung, dass dieselben in 75 pCt. der Fälle auf Nebenhöhlenerkrankung zurückzuführen sind. EMIL MAYER.

35) **Robert Milligan. Empyem der Kieferhöhle. (Empyema of the maxillary sinus.)** *Pacific Medical Journal. Januar 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

36) **Warnecke. 11 Fälle von chronischem Empyem des Antrum Highmori geheilt durch Behandlung vom unteren Nasengang nach der Methode von H. Krause-Friedländer.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. X. H. 2. S. 255. 1900.*

Die 11 Fälle wurden von W. auf der Berliner Universitäts-Ohrenklinik beobachtet und nach der obengenannten Methode behandelt. Die Heilungsdauer betrug im Durchschnitt 25 Tage. Der Verf. schliesst seine Mittheilung mit den Worten von Jurasz, dem das Krause-Friedländer'sche Verfahren „als ein sehr leicht ausführbares und am meisten zweckmässiges erschien".

F. KLEMPERER.

37) **J. Tommasi. Die Krause'sche Methode zur Behandlung chronischer Oberkieferhöhlen-Empyeme. (Metodo di Krause nella cura delle sinusiti croniche del mascellare superiore.)** *Arch. di Laringologia. April 1900.*

Bericht über 5 Fälle von chronischem Empyem des Sinus maxillaris, die nach Krause vom unteren Nasengang aus eröffnet und dann mit Jodoform und Nosophen behandelt worden sind. Resultat: 3 Fälle geheilt, 2 gebessert. Verf. hält es für gerathen, vor Anwendung radicaler Operationsmethoden zu versuchen, ob man nicht mittels einfacherer Mittel — und ein solches ist nach seiner Ansicht die Krause'sche Methode — Dauerheilung erzielen kann.

G. FINDER.

38) **Paul J. Dombrowski. Einige diagnostische und therapeutische Bemerkungen über chronischen Nasenausfluss. (Some diagnostic and therapeutic remarks concerning chronic nasal discharge.)** *The Medical Standard. Januar 1900.*

Verf. beschreibt die Methode der Probepunction der verschiedenen Nasennebenhöhlen.

EMIL MAYER.

39) **W. Posthumus Meyjes** (Amsterdam). **Die eitrige Entzündung der Schädelhöhlen. (De etterige ontsteking der schedelholten.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II: No. 9. 1900.*

Demonstration von Patienten, die wegen Empyem der Nasennebenhöhlen operirt worden sind. Nach einem Ueberblick über die Symptomatologie dieser Eiterungen beschreibt M. die von ihm bevorzugten Operationsmethoden. Die Kieferhöhle operirt er nach Luc, mit Zuhülfenahme des Electromotor. Auch die Stirnhöhle operirt er nach Luc, macht aber den Hautschnitt genau in der Augenbraue und verlängert denselben nicht nach dem Nasenrücken hin. Von dem vorderen Rand wird nur ein kleiner zur Auskratzung der Höhle genügender Theil weggenommen; von der unteren Wand entfernt er soviel, dass die vordere Siebbeinzelle leicht zu erreichen ist. Von da aus geht er in die weiteren Siebbeinzellen, event. in die Sphenoidhöhle. Es folgt Aetzung mit Chlorzink 5 pCt., Jodoformgazetamponade nach der Nase hin. Hauptsache ist die Herstellung einer

möglichst grossen Verbindung mit der Nase. Die Hautwunde wird primär geschlossen.

Es wurden sechs, wegen verschiedener Empyemen operirte Patientinnen demonstrirt.

In der Discussion meint Herr Burger, dass die Operationsmethode für die Stirnhöhle, wo eine so kleine Oeffnung gemacht und die Wunde primär wieder vernäht wird, keine grosse Garantie für eine radicale Heilung ergiebt.

H. BURGER.

40) **H. J. L. Struycken** (Breda). **Neubildungen der Highmorshöhle. (Nieuwvormingen van het antrum Highmori.)** *Med. Weekblad. 10. März 1900.*

S. beschreibt:

a) einen Fall von schnell wachsendem Krebs der Kieferhöhle, der anfänglich als ein einfaches Empyem imponirte, bei einer 62jährigen Frau;

b) ein chronisches Kieferhöhlenempyem bei einem Mann, 50 Jahre alt, welches zu einer granulären Degeneration des Proc. alveolaris geführt hatte. Diese blumenkohlartigen Geschwülste waren ebenso wie die Granulationen, welche bei der Luc'schen Operation aus der Kieferhöhle entfernt wurden, nicht von carcinomatöser Natur;

c) ein Fall von Oberkiefercarcinom, welches dem Falle b sehr ähnlich sah; nur wurde durch das Mikroskop die carcinomatöse Natur der Granulationen nachgewiesen. Vorläufige Heilung nach Kieferresection durch Trauté;

d) ein zellenreiches Fibrom, resp. Sarcom bei einer jungen Frau, von der Schädelbasis ausgehend und anfänglich ein Empyema antri Highmori vortäuschend.

S. betont die Nothwendigkeit der mikroskopischen Untersuchung, weil es klinisch nicht möglich sei, zwischen chronischem Empyem mit Knochenusur und von der Schleimhaut der Kieferhöhle oder vom Periodontium ausgehendem Krebs zu entscheiden.

H. BURGER.

c. Mundrachenhöhle.

41) **Pirera. Die Drüsen des Waldeyer'schen Schlundringes, speciell die Gaumentonsillen, betrachtet als Eingangspforte für Mikroorganismen. (Le glandole dell'anello di Waldeyer, specielmente le tonsille palatine, considerate come via d'entrata delle affezioni microbiche.)** *Arch. Ital. di Laringol. April 1900.*

Verf. hat die in letzter Zeit besonders von Goodale bearbeitete Frage von der Durchlässigkeit des Tonsillarepithels für Mikroorganismen wieder aufgenommen, die Versuche jenes jedoch in dankenswerther Weise erweitert und ergänzt. Er hat sich nämlich nicht begnügt, wie Goodale, Farbstoff in die Tonsillarlacunen einzubringen und denselben dann im Gewebe nachzuweisen, sondern er hat auch ausserdem Mikroorganismen in Reincultur auf die Tonsillen gebracht und zwar beim Menschen einen indifferenten Saprophyten (Prodigiosus), bei narkotisirten Hunden einen pathogenen Microorganismus (Staphylococcus aureus).

Das Resultat dieser Versuche war ein positives: Es fand sich, dass die Mikroorganismen noch leichter in das Tonsillargewebe eindringen, als Farbstoffpartikelchen; denn während erstere nicht weit unter dem Lacunarepithel Halt machen, dringen letztere bis in das Innere der Follikel. Das grösste Eindringungsvermögen zeigte der pathogene Mikroorganismus, der sich in weiter Verbreitung sowohl in den Follikeln als in den interfolliculären Bindegewebszügen wiederfand. Verf. glaubt, dass die Einwanderung in normale Tonsillen leichter geschieht, als bei hyperplasirten, wo das verdickte Epithel, oder bei fibrös entarteten, wo die starken Bindegewebszüge eine für die Mikroorganismen schwer überwindbare Barrière bilden.

G. FINDER.

42) **James F. Holland. Chirurgie der Tonsille. (Surgery of the tonsil.)** *New Albany Medical Herald. Januar 1900.*

Nichts von Bedeutung.

EMIL MAYER.

43) **F. J. Quinlan. Beunruhigende Blutung nach Abtragung der Mandel. (Alarming hemorrhage following the removal of the tonsil.)** *Laryngoscope. April 1900.*

Die Blutung folgte der Tonsillotomie nach 2—3 Stunden. Es wurde eine Kochsalzinfusion nöthig. Pat., der erwachsen ist, wurde geheilt.

EMIL MAYER.

44) **Depangher. Ein neues Tonsillen-Compressorium. (Un nuovo compressore emostatico tonsillare.)** *Associazione Medica Triestina. Rivista Veneta. 15. Juni 1900.*

Das Instrument stellt eine Modification des von Miculicz zu demselben Zweck angegebenen dar.

G. FINDER.

45) **Edward J. Hadfield. Allgemeine Therapie der entzündlichen Affectionen des Halses. (General therapeutics of the inflammatory affections of the throat.)** *New Albany Med. Herald. März 1900.*

Verf. bespricht einige wohlbekannte Mittel und Methoden. Von der eitrigen Tonsillitis sagt er, dass „die Mandeln auch während des entzündlichen Stadiums entfernt werden müssen“.

EMIL MAYER.

46) **Dietrich** (Degow). **Eine Toxinvergiftung nach Angina parenchymatosa.** *Die ärztl. Praxis. 4. 1900.*

Eine an Angina parenchymatosa erkrankte 20jährige Patientin bekam nach dem 3. Krankheitstage an mehreren Tagen hintereinander Krampfanfälle, die D. durch Intoxication mit Toxinen in ursächlichen Zusammenhang bringt.

SEIFERT.

47) **W. J. Class. Scharlach und Scharlachangina. (Scarlatina; scarlatinous sore throat.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 24. Februar 1900.*

Verf., der über 300 Scharlachfälle verfügt, hält den „Diplococcus scarlatinae“ für den specifischen Erreger des Scharlachs. Er berichtet über die Untersuchungen, die seiner Anschauung zu Grunde liegen, im einzelnen.

EMIL MAYER.

48) **Adolph O. Pfingst. Phlegmonöse Angina bei Kindern. (Quinsy in children.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. März 1900.*

Verf. berichtet über 2 Fälle, die bei Kindern von 6 resp. 8 Jahren zur Beobachtung kamen.

EMIL MAYER.

49) **Albert Katz. Zwei sehr seltene Formen von phlegmonöser Angina bei Kindern. (Two very rare varities of phlegmoneus angina in infants.)** *N. Y. Medical Record. 21. April 1900.*

Fall 1 war ein Abscess an der Spitze der Uvula mit allen Zeichen eines Retropharyngealabscesses, intensiver Dyphagie, Dyspnoe in paroxysmalen Anfällen etc. Alle Symptome wurden durch Incision prompt beseitigt.

Fall 2 ist eine peritonsilläre phlegmonöse Entzündung bei einem 8jährigen Knaben. Die Anfälle von Dyspnoe waren erschreckend schwer. Die Literatur enthält keinen ähnlichen Fall.

LEFFERTS.

50) **G. C. Gage. Acuter Rachenabscess. (Acute pharyngeal abscess.)** *N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports. Vol. VIII. 1900.*

Verf. sah einen tödtlich endigenden Fall, von dem er annimmt, dass der Exitus durch eine Erosion der Carotiswand verursacht wurde. Er empfiehlt den Gebrauch eines Aspirationstroicarts. Derselbe ist, soweit ersichtlich, bisher noch nicht benutzt worden, sein praktischer Werth bleibt also noch zu erweisen.

EMIL MAYER.

51) **D. C. Brown. Die Vortheile des Sprays bei der Behandlung pseudomembranöser Rachenaffectionen. (The advantages of the spray in pseudomembranes of the pharynx.)** *New England Medical Monthly. Januar 1900.*

B. behandelt mit dem Formalinspray und ist von der Wirkung dieser Therapie so überzeugt, dass er bei Diphtherie das Serum nicht nöthig zu haben erklärt.

EMIL MAYER.

52) **Grazzi. Eine neue Methode zur Behandlung chronisch catarrhalischer Entzündung. (A new method of treatment of chronic catarrhal inflammation.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 20. Januar 1900.*

Bei chronischer Pharyngitis von granulärem oder folliculärem Typus reibt G. mit einem glatten Metallrad oder einer Rolle über die Rachenwand. Die Circulation in Blut- und Lymphgefässen wird angeregt und die Granulationen sollen verschwinden. (H. Knapp [New York] empfahl vor 3 Jahren einen ganz ähnlichen Apparat; er folgte dabei dem Princip des Curettements und der Expression, das ich selbst vor 5 Jahren aufgestellt habe. Ref.)

EMIL MAYER.

53) **W. Freudenthal. Eine eigenthümliche Form von Fistel des Rachens. (A peculiar form of fistula of the pharynx.)** *Medical Review. 31. März 1900.*

Die Fistel stand im Zusammenhang mit einem Empyem der Kiefer-, Siebbein- und Stirnhöhlen.

EMIL MAYER.

54) **W. Schwartz** (Rostock). **Behaarter Rachenpolyp.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkd. No. 32.*

Bei einem 3jährigen Kinde mit den Symptomen von adenoiden Vegetationen wird statt dieser ein haselnussgrosses auf der Hinterwand des weichen Gaumens linkerseits an dünnem Stiele festsitzender Polyp gefunden. Entfernung mit der kalten Schlinge. Die Geschwulst erweist sich als ein „behaarter Rachenpolyp", mikroskopisch als ein mit Cutis bedecktes Lipom ohne Knorpelgehalt. — Warnung davor, auf die blossen Symptome der adenoiden Vegetationen mit dem dafür bestimmten Instrument einzugehen, ohne vorher die Diagnose genau gesichert zu haben.

ZARNIKO.

55) **Gordon King. Tumor des Rachens. (Tumor of pharynx.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 3. März 1900.*

12jähriger Knabe hat einen Tumor, der vom Rachengewölbe und dem hinteren Rande des Vomer entspringend an die Tuberositas maxillae superioris und an den weichen Gaumen links sich anlegt. Die beständige Fiebertemperatur des Knaben, seine vorschreitende Abmagerung und die trommelschlägerförmige Verdickung der Fingerenden legt die Diagnose auf tuberculöses Granulom nahe. Die Geschwulst blutet leicht bei der Palpation.

EMIL MAYER.

56) **A. Esquerdo** (Barcelona). **Die latenten Epitheliome des Rachens und die ganglionären Epitheliome der Carotisgegend. (Los epiteliomas latentes de la faringe y los epiteliomas ganglionares de la region carotidea.)** *Revist. de Cienc. Medic. de Barcelona. No. 4 u. 5. 1900.*

Verf. stellt eingehende interessante Betrachtungen an hinsichtlich der Schwierigkeit der Diagnose von epithelialen Neubildungen in ihrem Anfange, sobald jene in irgend einem Hohlraume des Schlundes ihren Sitz haben. Eine nähere Untersuchung mittelst des Laryngoscops hält er für unumgänglich nothwendig, mag es sich um eine Entzündung der Parotis, der Submaxillardrüsen oder des Kieferperiostes handeln. Hinsichtlich der Behandlung jener Neubildungen ist er insofern pessimistisch, als eine vollständige Zerstörung oder Lostrennung des epithelialen Gewebes entweder sehr schwierig erscheint oder die Wiederbildung des zerstörten bei etwa zurückgebliebenen Fällen von Neuem anfacht.

R. BOTEY.

57) **Marton. Zur Klinik des acuten Retropharyngealabscesses.** *Wiener med. Blätter. No. 5 u. 6. 1900.*

Zusammenstellung des über die Entstehung, Entwickelung, Diagnose und Therapie obigen Processes Bekannten.

CHIARI.

58) **Hauck** (Forst i. L.). **Ein Retropharyngealabscess.** *Die ärztl. Praxis. 4. 1900.*

$1^1/_2$jähriger Knabe mit Retropharyngealabscess, Incision vom Munde aus, Heilung.

SEIFERT.

59) **A. Traver** (Madrid). **Voluminöser Retropharyngealabscess; scheinbarer Tod; Heilung. (Voluminoso absceso retro-faringeo; muerte aparente; curacion.)** *Siglo Medico. No. 18. März 1900.*

In dem mitgetheilten Falle handelte es sich um ein 11 monatliches Kind, bei

dem sich der Retropharyngealabscess in Folge einer eitrigen Entzündung der Halsganglien gebildet hatte. Bei der Entleerung des Eiters durch Incision gelangte trotz getroffener Vorsichtsmaassregeln eine geringe Menge Eiters in den Kehlkopf und verursachte einen Erstickungsanfall mit Stillstand der Herzschläge. Mittelst rhythmischer Traction der Zunge, künstlicher Athmung und Herzmassage gelang es erst nach $^3/_4$ Stunden das Kind ins Leben zurückzubringen. Nach einigen Tagen erfolgte vollständige Heilung. Der Fall ist interessant wegen der Folgezustände, die bei der operativen Behandlung genannter Abscesse dem Chirurgen in den Weg treten können. R. BOTEY.

d. Diphtheritis und Croup.

60) **Kassowitz** (Wien). **Kritisches über Diphtheriebacillen und Heilserum.** *Wiener med. Wochenschr. No. 8 u. 9. 1900.*

K. vertritt abermals seinen Standpunkt, dass die sogenannten Diphtheriebacillen nicht als die Erreger der Diphtherie anzusehen sind. CHIARI.

61) **Sir Felix Semon. Diphtheritis und Butter. (Diphtheria and butter.)** *Brit. Med. Journ. 17. März 1900.*

Ein Fall, in dem wahrscheinlich die Butter als die Infectionsquelle anzusehen ist. Aehnliche Fälle sind nicht bekannt. ADOLPH BRONNER.

62) **H. Prip. Studien über Mischinfection bei Diphtheritis. (Studier over Blandingsinfektion ved Difteri.)** Habilitationsschrift. Kopenhagen, Verlag von Alex. Andersen. 1900. 229 Ss.

Eine Habilitationsarbeit von rein bakteriologischem Interesse.

SCHMIEGELOW.

63) **Concetti** (Rom). **Rasche Methode zur bakteriologischen Diagnose der Diphtherie.** *Wiener med. Wochenschr. No. 10. 1900.*

C. ist mit Umgehung des Thierexperimentes schon nach Ablauf von 4 Std. im Stande, die sichere Diagnose zu stellen. — Der Gang der bakteriologischen Untersuchung ist verhältnissig einfach — eignet sich jedoch nicht für ein kurzes Referat. CHIARI.

64) **F. F. Wesbrook. Die bakteriologische Diagnose der Diphtherie in Minnesota. (The bacteriological diagnosis of diphtheria in Minnesota.)** *St. Paul Medical Journal. April 1900.*

Die Mittheilung zerfällt in folgende Theile:

1. Die Möglichkeit, dass Diphtheriebacillen nicht nachweisbar und doch vorhanden sind.

2. Die verschiedenen Formen von Diphtheriebacillen, die gefunden wurden.

3. Das Vorkommen des Diphtheriebacillus in anscheinend gesunden Nasen und Halsorganen.

4. Gelegentliche lange Persistenz der Diphtheriebacillen.



5. Die Beseitigung der Diphtheriebacillen aus Nase und Hals.
6. Der Grad von Virulenz der gesunden Diphtheriebacillen.

EMIL MAYER.

65) **Herman B. Sheffield. Die Diphtheritis; ihre klinische Diagnose und Behandlung. (Diphtheria: remarks on clinical diagnosis and treatment.)** *N. Y. Med. Journal. 30. December 1899.*

Verf. legt den Hauptnachdruck bei der Diagnose auf die klinischen Frühsymptome. Er stellt für die Differentialdiagnose folgendes Schema auf:

Membranöse diphtheritische Laryngitis.	Membranöse nicht-diphtheritische Laryngitis.
Deutlich contagiös; die Anamnese muss die Gelegenheit oder Möglichkeit der Contagion feststellen.	Nicht contagiös.
Frühe Anschwellung der Submaxillardrüsen.	Submaxillardrüsen in der Regel nicht afficirt.
Membranöse Flocken in der Regel an den Fauces und in der hinteren Nase.	Die Fauces können mit einem schleimigen Exsudat bedeckt sein; dasselbe lässt sich leicht abwischen.
Frühe Behandlung, einschliesslich der Intubation, vermag die Krankheit nicht zu coupiren und verhütet nicht den letalen Ausgang.	Frühe Behandlung ist erfolgreich.
Albuminurie meist vorhanden.	Albuminurie fehlt.

Für die Behandlung stellt Verf. folgende Leitsätze auf:

1. Die Hyperämie und die Exsudation muss eingeschränkt werden zur Verhütung von Verstopfung der Athemwege.

2. Die Diphtheriebacillen müssen möglichst frühzeitig an ihrer Eintrittsstelle zerstört werden, damit die Bildung und Resorption der Toxine in Grenzen gehalten wird.

3. Die Widerstandskraft des Patienten muss verstärkt werden; durch Medicamente sollen die Toxine paralysirt oder neutralisirt werden, damit sie nicht auf die inneren Organe ihren schädlichen Einfluss ausüben können.

4. Die Thätigkeit des Lymphsystems, der Nieren und Därme ist anzuregen behufs rascherer Ausscheidung der Gifte.

LEFFERTS.

66) **Primo Zanuttini. Einige Beobachtungen bei einer Diphtherie-Epidemie. (Alcune osservazioni sopra un'epidemia di difterite.)** *Il Morgagni. Mai 1900.*

Unter den Beobachtungen, die Verf. an den 140 während einer Epidemie von ihm behandelten Diphtheriefällen gemacht hat, interessiren besonders die auf die Serumbehandlung bezüglichen. Es starben im Ganzen 10 der mit Seruminjectionen behandelten Kranken. Auch aus den Beobachtungen des Verf.'s ergiebt sich mit Evidenz, von wie grosser Bedeutung für die Wirksamkeit des Serum der Zeitpunkt ist, an welchem die Behandlung einsetzt: Es betrug nämlich bei den vom 1. Krankheitstage an Behandelten die Mortalität 2,2 pCt., beim zweiten 3,2 pCt.,

beim dritten Tage 26,6 pCt. und bei einigen ganz desperaten Fällen, die erst am vierten Tage in Behandlung kamen, 50 pCt.

FINDER.

67) **Emil Mayer. Einiges zur Differentialdiagnose der laryngealen Diphtherie bei Kindern. (Some points in the differential diagnosis of laryngeal diphtheria in children.)** *N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports. Vol. VIII. 1900.*

Krankengeschichten von 3 Fällen. Im ersten hatte der behandelnde Arzt Hypertrophie der Mandeln diagnosticirt und die Exstirpation derselben angerathen. Es stellte sich heraus, dass eine Diphtherie des Larynx vorlag. In Fall 2, der als Diphtherie angesprochen wurde, bestand ein Papillom des Larynx und im dritten fand sich ein hohler Fremdkörper im Larynx. Diese Fälle weisen darauf hin, dass man nicht, wie es so oft geschieht, bei jeder laryngealen Athemenge von Kindern gleich Larynxdiphtherie diagnosticiren darf, sondern in jedem Falle genaue differentialdiagnostische Untersuchungen anstellen muss.

Autoreferat.

68) **J. Sendziak. Ein Fall von Kehlkopfdiphtherie, welcher einen Abscess der Tonsilla lingualis vortäuschte. (Przypadek btonicy krtani, symulujacej ropien migdacha pzykowego.)** *Kronika lekarska. No. 11, 12. 1900.*

Es handelte sich um eine septische Form von Kehlkopf- und Rachendiphtherie bei einem vorher gesunden 34 Jahre alten Geistlichen, welcher bereits am dritten Tage nach Beginn des Leidens starb. Am ersten Tage wurde vom Verf. an der Basis der Zunge eine circumscripte Schwellung constatirt, welche der Glandula lingualis entsprach und mit schleimig-röthlichem Belage bedeckt war. Man musste danach annehmen, dass sich ein Abscess an dieser Stelle entwickle. Der weitere Verlauf mit hohem Fieber und diphtheritischem Belage im Kehlkopf und Rachen liess dann das gewöhnliche Bild einer foudroyanten Form von Kehlkopfrachendiphtherie hervortreten. Therapeutisch wurde Serum applicirt.

A. v. SOKOLOWSKI.

69) **Benitez** (Madrid). **Drei Fälle von Angina mit zweifelhafter klinischer Diagnose. (Tres casos de anginas de diagnostico clinico dudoso.)** *Revist. de Medic. y Cirug. Practic. No. 640. 1900.*

In den 3 mitgetheilten Fällen von Angina ergab die mikrobiologische Untersuchung das Vorhandensein von Diphtheriebacillen. Die Kranken heilten mittelst Serumtherapie.

R. BOTEY.

70) **J. R. Rose. Ein Fall von diphtheritischer Erkrankung der Unterlippe mit secundärer Infection des Halses. (A case of diphtheritic sore of the lower lip with secondary infection of the throat.)** *Georgia Journal of Med. and Surgery. Februar 1900.*

Die Ueberschrift erläutert den Fall.

EMIL MAYER.

71) **Yonge. Die Beziehung der membranösen Rhinitis zur Diphtherie. (The relationship of membranous rhinitis to diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 30. December 1899.*

Y. berichtet über einen Fall, in dem keine Diphtheriebacillen zu finden waren;

er glaubt, dass die membranöse Rhinitis — die primäre Nasendiphtherie nicht eingeschlossen — häufiger vorkommt, als man gewöhnlich annimmt, und nur wegen ihrer geringfügigen Allgemeinerscheinungen übersehen oder als catarrhalische Rhinitis angesehen wird. Von der Krankheit sind 2 Formen zu unterscheiden, beide gleich in ihrem Localbefunde, ihrem protrahirten Verlauf, der Abwesenheit oder Milde der Allgemeinsymptome, verschieden aber durch das Vorhandensein oder Fehlen von Diphtheriebacillen und demgemäss von Ansteckungsfähigkeit. Die mit Diphtheriebacillen verbundene Form ist wesentlich häufiger, als die einfache; sie ist als eine milde locale Aeusserung von Diphtherie anzusehen, jedoch scharf getrennt von der gewöhnlichen Form primärer Nasendiphtherie. Da beide Arten von membranöser Rhinitis klinisch nicht unterscheidbar sind, muss in jedem Falle die bakteriologische Untersuchung gemacht werden; bis zum Entscheid derselben ist der Fall isolirt zu halten.

LEFFERTS.

72) **R. H. Steen. Diphtheritis; Niederkunft; Zurückbleiben von Membranen; Influenza. Diphtherie des Kindes. Heilung. (Diphtheria, parturition. Retained membranes; influenza. Diphtheria in the infarct; recovery.)** *British Med. Journal. 10. März 1900.*

35jährige Frau, erkrankt am 18. December mit Diphtheritis, am 21. December von einem ausgetragenen Kinde entbunden. Pat. erhält am 22. December 1500 I. E. injicirt. Am 3. Januar bekommt sie eine schwere Attacke von Influenza.

Das Kind wird am 5. Lebenstage diphtheritisch und erhält 1000 I. E. Mutter und Kind genesen.

ADOLPH BRONNER.

73) **M. J. Morrisey. C. M. Hibbard. Glycosurie bei Diphtherie. (Glycosuria in diphtheria.)** *Journ. Alumni Assoc. College Phys. and Surg. of Baltimore. April 1900.*

Zucker wurde als vorhanden angesehen, wenn die Fehling'sche Probe und die Phenylhydrazinprobe positiv ausfielen. In Fällen ohne Pseudomembran fand sich nie Zucker: je ausgedehnter die Membranen waren, um so häufiger wurde das Vorhandensein von Zucker constatirt. Im Ganzen fand sich Zucker in 19 pCt. der geheilten und in 77 pCt. der letalen Fälle. Von der Gesammtheit der untersuchten Fälle ergaben 25 pCt. Zuckerreaction. Die Verff. schliessen mit folgenden Sätzen:

1. Bei Diphtherie kommt eine transitorische Glycosurie vor; dieselbe findet sich häufig bei schweren Fällen und ganz gewöhnlich bei den letalen Fällen.
2. Diese Glykosurie ist oft mit Albuminurie verbunden.
3. Auf die Seruminjection folgt gelegentlich eine mehrtägige leichte Zuckerausscheidung.

EMIL MAYER.

74) **J. A. Abt. Complicationen der Diphtherie. (Complications of diphtheria.)** *Pediatrics. 1. Januar 1900.*

Verf. spricht über die septischen Formen won Diphtherie, die besser als D. gravissima oder maligna zu bezeichnen sind, über die Lähmungen, die Herzschwäche und die Nephritis.

EMIL MAYER.

75) **Joseph Hopson. Bericht über 2 Fälle von Diphtherie. (Report of two cases of diphtheria.)** *American Practitioner and News. März 1900.*

Der eine Patient kam prompt zur Heilung, der andere starb am 6. Tage an acuter Nephritis. Beide hatten Serum bekommen. Der Verf. fragt, ob das Serum an der Nephritis schuld ist; es scheint ihm nicht gegenwärtig zu sein, dass Nephritis ein nicht ungewöhnliches Vorkommniss bei Diphtheritis ist.

EMIL MAYER.

76) **Frank W. Wright. Fünfjährige Erfahrung mit Diphtherieserum in der Privatpraxis. (Five years experience in private practice with diphtheritic antitoxin serum.)** *Pediatrics. 15. März 1900.*

Aus seinen sorgfältigen Beobachtungen an 268 Fällen hat Verf. die Ueberzeugung gewonnen, dass das Serum alle günstigen und viele ungünstige Fälle heilt, dass es das Leben verlängert, die Schwere der Erkrankung verringert, Stenosen und die Erforderlichkeit der Intubation seltener macht; wenn die Intubation doch nothwendig wird, ihre Mortalität geringer gestaltet; Complicationen und Folgekrankheiten seltener und die Dauer der Erkrankung thatsächlich kürzer gemacht hat.

EMIL MAYER.

77) **A. Jefferis Turner** (Brisbane Queensland). **Die Diphtheriesterblichkeit der 3 Hauptcolonien Australiens während der letzten 15 Jahre, mit besonderer Beziehung auf den Einfluss des Serums auf die Todesziffer. (Diphtheria mortality of the three principal Australian colonies for the past fifteen years with special reference to the influence of antitoxine on the death-rate.)** *Intercolonial Medical Journal. 20. Januar 1900.*

T.'s interessante Statistik ergiebt, dass in der Vorserumperiode 1884—1894 incl. die Sterblichkeit in den 3 Colonien 44,4 auf 100000 Lebende betrug. Die Serumperiode umfasst 1895—1898 incl. Die Mortalitätsziffer in dieser Zeit beträgt 18,7.

Diese Zahlen stehen zu denen in England und Wales gewonnenen im Gegensatz. Dort betrug in den entsprechenden 11 Jahren (1884—1894) die Mortalität 31,5 auf 100000, in den nächsten drei Jahren 31,3. T. erklärt dies damit, dass in Australien nahezu alle Fälle von Diphtherie mit Serum behandelt wurden, in England dagegen in der Hauptsache nur die Hospitalfälle.

A. J. BRADY.

78) **Chas. M. Reed. Die Behandlung der Diphtheritis mit illustrirenden Krankengeschichten. (The treatment of diphtheria with illustrative cases.)** *The Americ. Gynaecological and Obstetrical Journal. Februar 1900.*

Antitoxin ist auch in grossen Dosen unschädlich. Als Immunisirungsmenge giebt R. 2000 I. E.

EMIL MAYER.

79) **John H. Musser. Der Gebrauch von Serum bei Diphtherie mit besonderer Berücksichtigung der Anwendung kleiner Gaben in häufiger Wiederholung. (On the use of antitoxin in diphtheria with special reference to small and frequently repeated doses.)** *University Medical Magazine. März 1900.*

M. giebt im Anfang nur 1000 I. E. oder weniger. Statt die Anfangsdosen

zu steigern, wiederholt er in schweren Fällen lieber öfter die Injection. Auf diese Weise hat er sehr zufriedenstellende Resultate erzielt. EMIL MAYER.

80) **H. L. Moore: Die Serumtherapie bei Diphtheritis. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Texas Courier Record of Medicine. März 1900.*

Verf. ist enthusiastischer Anhänger der Serumtherapie. EMIL MAYER.

81) **J. Edward Herman. Antwort auf die versuchte Vertheidigung des Diphtherieheilserums. (A reply to an attempted defense of antitoxine.)** *N. Y. Medical Journal. 28. April 1900.*

Den Fanatikern, die es für strafbar halten, wenn ein Arzt nicht Serum giebt, ruft Verf. Seneca's Wort zu: „Viele würden zu Wissen gelangen, vermeinten sie nicht, es schon zu besitzen.“ LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

82) **E. Lonys. Intralaryngeale Cysten. (Intralaryngeal cysts.)** *N. Y. Medical Record. 20. Januar 1900.*

Diese Cysten sind an sich meist gutartig; die Empfindlichkeit des Organs aber, in dem sie sitzen, die Feinheit der Action des phonatorischen Apparats und die Nothwendigkeit, die Oeffnung des Larynx für die Athmung frei zu halten, verleihen ihnen eine grosse Bedeutung. Die Mehrzahl der Cysten sind embryonalen Ursprungs, sie gehen zum Theil von den Kiemenspalten aus, zum Theil vom seitlichen Lappen der Schilddrüse, zum Theil vom Ductus thyro-lingualis. Die Symptome sind die von Fremdkörpern: Dyspnoe, Dysphonie, bisweilen Husten und Schmerz. Die Behandlung kann indirect durch Ableitung auf den Hals und durch medicamentöse Inhalation oder Mineralwasser gegen die begleitende Laryngitis sich wenden. Die directe Behandlung besteht in endolaryngealer Punction oder Aspiration, Incision oder Excision. Bisweilen ist die Galvanocaustik erfolgreich. Die Laryngotomie verdient den Vorzug; sie ist unter localer Cocainanästhesie ausführbar. LEFFERTS.

83) **Joseph Gibb. Kehlkopftumoren. (Tumors in the larynx.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 3. Februar 1900.*

46 jähriger Pat., seit 2 Jahren heiser, hat nach einem Hustenanfall ein Stück einer graulichen knorpelartig harten Masse ausgestossen, wonach etwas Blut kam. Seither bestehen Stenosesymptome. Die Kehlkopfuntersuchung vor 4 Wochen ergab einen graurothen Tumor in der linken Kehlkopfseite oberhalb der Stimmbänder. Ein Stückchen desselben wurde mit der Zange entnommen und untersucht; es fand sich nichts auf Malignität deutendes. EMIL MAYER.

84) **Sampson Trask. Kehlkopfangiom. (Laryngeal angioma.)** *Laryngoscope. Februar 1900. Occidental Med. Times. 1. Februar 1900.*

Der Tumor, der eine glatte Oberfläche zeigt, sitzt breitbasig den Stimm-

bändern und der Regio interarytaenoidea auf. Bei der tiefen Inspiration ragt er ins Kehlkopflumen hinein, bei der Phonation ist er als dunkelblaue Stelle zwischen den Aryknorpeln zu sehen. Bei Sondenberührung hat man geringen Widerstand. Die Stimme ist nicht beeinträchtigt.

EMIL MAYER.

85) **James Ewing. Papillom des Kehlkopfs; Erstickung. (Papilloma of the larynx; suffocation.)** *N. Y. Medical Record. 17. Februar 1900.*

Der Fall ist sehr ungewöhnlich und das Vorkommniss der Erstickung heutzutage überaus selten. Die Patientin, eine Frau von 40 Jahren, war anscheinend bis 10 Tage vor ihrem Tode bei guter Gesundheit; dann bekam sie sehr heftige Dyspnoe. Sie kam ins Hospital; eine sichere Diagnose gelang nicht. Die laryngoskopische Untersuchung bot grosse Schwierigkeit und ergab kein positives Resultat. Wegen des eigenartigen Charakters der Dyspnoe wurde der Sitz des Athemhindernisses in der Trachea angenommen. Die Patientin starb nach ein paar Stunden. Die Section ergab chronische diffuse Nephritis, sonst normale Organe. Im Larynx fand sich gerade unter den Stimmbändern eine graue und offenbar nekrotische Masse von 2 : 3 cm Durchmesser, die mit einem schmalen Stiel hinten an der Schleimhaut des rechten Ventrikels inserirte und die Kehlkopfhöhle locker erfüllte. Die Geschwulst hatte eine acute catarrhalische Entzündung der oberen Kehlkopfhälfte und eine necrotische Entzündung in ihrer unmittelbaren Umgebung verursacht. Die fast vollständige Absperrung des Luftweges erklärte den Exitus zur Genüge. Die Natur der durch und durch necrotischen Geschwulst war schwer festzustellen, doch liess sich noch erkennen, dass es sich um ein Papillom handelte. Die Diagnose lautet demnach: Papillom der subglottischen Schleimhaut, Necrose des Papilloms, Erstickung.

LEFFERTS.

86) **Robert Abbe. Ein Fall von suffocativem Kehlkopfpapillom. (A case of suffocating laryngeal papilloma.)** *N. Y. Med. Record. 28. April 1900.*

Wie schwer die Fälle von Kehlkopfpapillom zu behandeln sind, ist bekannt. A.'s Fall bildet ein besonders gutes Beispiel dafür, zeigt aber auch, dass Ausdauer schliesslich zum Ziele führt. Das Kind litt an so starker Athemnoth, dass Cyanose und Coma eintraten. Es wurde eiligst die Tracheotomie gemacht, wodurch sofortige Besserung eintrat. Der Larynx fand sich von Papillomen erfüllt. Nach verticaler Eröffnung des Kehlkopfs wurde mindestens ein Theelöffel voll Geschwulstmasse entfernt. Die Reconvalescenz verlief ungestört, die Tracheotomiewunde wurde geschlossen.

Nach zwei Monaten Recidiv, neue Laryngotomie und Abtragung aller Geschwülste, deren Basis gründlich mit dem Cauter geätzt wurde, so dass Alles zerstört schien, was zu einem Recidiv Anlass geben könnte. Trotzdem nach wenigen Monaten schon neues Recidiv. Zum 3. Male wurde der Kehlkopf gespalten. Die Tumoren wurden excidirt, ihre Ansatzstellen mit Monochloressigsäure geätzt. Das Kind behielt diesmal die Tracheotomiecanüle längere Zeit. Wieder trat ein Recidiv ein, wieder wurden die Geschwülste abgetragen; zur Aetzung wurde diesmal Carbolsäure benutzt. Die Tracheotomiecanüle wurde nun dauernd für 6 Jahre getragen. Erst im letzten Jahre wurde sie fortgelassen und das Kind zeigt sich

jetzt frei von Recidiven. Es ist bei guter Gesundheit, spricht freilich mit sehr schwacher Stimme. Erwähnt werden muss, dass vor der letzten Operation die Intubation versucht wurde. Die Tube wurde eine Zeit lang getragen, aber das Kind schien keinen besonderen Nutzen davon zu haben. LEFFERTS.

87) **A. Alexander. Die Knorpelgeschwülste des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngologie. Bd. X. H. 2. S. 181. 1900.*

Die ausführliche klinische Studie, die durch zahlreiche Abbildungen illustrirt ist, behandelt in erschöpfender Weise die Ecchondrosen, Exostosen, Ecchondrome, Chondrome und Enchondrome des Kehlkopfs. F. KLEMPERER.

88) **W. K. Simpson. Krankengeschichte eines Falles, der die Bedeutung und die Möglichkeit der frühen Erkennung und Behandlung maligner Geschwülste des Kehlkopfs demonstrirt. (Report of a case illustrating the importance and possibilities in the early recognition and treatment of malignant growths of the larynx.)** *Laryngoscope. März 1900.*

Ein Tumor wurde vom rechten Stimmband abgetragen und vom Pathologen für ein einfaches Papillom erklärt. Neun Wochen später war ein Recidiv vorhanden, das ebenso wie die erste Geschwulst mit der Zange abgetragen wurde. Dieses erklärte der Pathologe für ein Epitheliom. 14 Wochen später neues Recidiv und Abtragung des Tumors mit nachfolgender galvanokaustischer Aetzung. Seither sind 3 Jahre vergangen und Pat. ist ohne Recidiv geblieben. Die letzte Geschwulst wurde übrigens wieder als Papillom angesprochen.

Der Verf. ist der Ansicht, dass jede Kehlkopfgeschwulst beim Erwachsenen, speciell wenn sie Neigung zum Recidiviren zeigt, stets als verdächtig anzusehen und dass dementsprechend die Prognose mit Vorsicht zu stellen ist, weil die Beziehung zwischen Malignität und Benignität oft so enge sei, dass man die Grenzlinie nur mit Schwierigkeit ziehen könne. Auch die mikroskopische Untersuchung hebt nicht immer alle Zweifel, weil augenscheinlich in manchen Fällen Uebergangsperioden bestehen, in denen eine positive Diagnose kaum möglich ist. Der Verf. hält die frühe und gründliche Entfernung mit Zerstörung der unterliegenden Gewebe für das beste Mittel in diesen zweifelhaften Fällen, das um so eher Erfolg verspricht, als es selbst in entschieden bösartigen Fällen bei früher Anwendung zur Heilung geführt hat. EMIL MAYER.

89) **E. Urunuela** (Madrid). **Diagnose und Behandlung des beginnenden Kehlkopfkrebses. (Diagnostico y tratamiento del cancer laringeo incipiente.)** *Revist. Hispano-Americ. de Cienc. Medicas. März 1900.*

Verf. begreift unter den ersten Symptomen des beginnenden Cancer laryngis die klassische andauernde Heiserkeit mit etwas Unbehagen im Rachen, sodann das Vorhandensein von Infarcten der Halslymphdrüsen, welche aber wegen ihrer Kleinheit und ihrer tiefen Lage meist schwer zu entdecken sind; sodann das laryngoskopische Bild der Neubildung. Hinsichtlich der Behandlung neigt U. für die Thyrotomie nach dem Vorschlage von Semon, und gleich letzterem erklärt er sich als Anhänger der Tracheo-Thyrotomie in einer einzigen Sitzung. Schliesslich erwähnt er die Exstirpation der Neubildung auf natürlichem Wege, wenn letztere

sehr beschränkt ist, ferner die Pharyngotomia transhyoidea beim Cancer des Kehldeckels, und die einfache Tracheotomie bei drohender Asphyxie und um das Leben des Patienten einige Zeit zu verlängern.

R. BOTEY.

90) **Chas. H. Knight. Epitheliom des Kehlkopfs — präliminäre Tracheotomie. (Epithelioma of the larynx — preliminary tracheotomy.)** *Laryngoscope. März 1900.*

Vor der Eröffnung der Trachea war der Patient infolge der Larynxstenose in sehr precärem Zustande; seit der Tracheotomie befindet er sich so wohl, dass er in seinem Entschluss, der Kehlkopfexstirpation sich zu unterziehen, wieder schwankend geworden ist. Unterdess wächst die Neubildung langsam weiter.

EMIL MAYER.

91) **James F. Mc Kernon. Epitheliom des Kehlkopfs mit frühen Symptomen von Seiten der Speiseröhre. (Epithelioma of the larynx exhibiting early oesophageal symptoms.)** *Laryngoscope. März 1900.*

Die Untersuchung des Kehlkopfes ergab deutliche Schwellung beider Aryknorpel; die Commissur ist mit schleimigem Secret bedeckt und zeigt links ein etwa $^1/_4$ Zoll messendes Ulcus. Der untere Pharynx mit dem Oesophaguseingang erscheint infiltrirt. Die histologische Untersuchung ergab die epitheliomatöse Natur der Kehlkopferkrankung.

EMIL MAYER.

92) **Geo. H. Powers. Ein Fall von subglottischem Tumor. (A case of subglottic tumor.)** *Occidental Med. Times. 1. Februar 1900. N. Y. Med. Record. 3. März 1900.*

Die Geschwulst, die augenscheinlich epitheliomatöser Natur war, reichte von der Zungenbasis bis in die Trachea. Der Tod erfolgte während der Operation.

EMIL MAYER.

93) **H. Gray Croly. Epitheliom der Epiglottis und des Larynx. (Epithelioma of the epiglottis and larynx.)** *Dublin Med. Journal. April 1900.*

Vorstellung des 42jährigen Patienten, der an einer malignen Wucherung der Epiglottis litt. Nach der Tracheotomie war ein beträchtliches Abnehmen der Schwellung zu constatiren; auch die vergrösserten Lymphdrüsen zeigten ähnliche Veränderungen.

A. LOGAN TURNER.

94) **Bryson Delavan. Kehlkopfkrebs. (Cancer of the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 17. März 1900. N. Y. Med. News. 31. März 1900.*

D. legt grossen Werth auf 3 Symptome: 1. anhaltende Heiserkeit ohne andere erkennbare Ursache; 2. ein charakteristisch scharfer und plötzlicher Schmerz; 3. Verlust der Bewegung der afficirten Seite. Die Entfernung eines Geschwulststücks ist schwierig, dabei schmerzvoll und schädlich für den Patienten.

Bezüglich der Therapie hält Verf. für das rathsamste die Thyrotomie — Entfernung der ganzen Geschwulst und eines mässigen Theils des Larynx. Bedingung aber ist die frühe Diagnose.

LEFFERTS.

95) **Ernst Barth** (Brieg). **Ein bemerkenswerther Fall von Kehlkopfkrebs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. S. 330. 1900.*

Wallnussgrosser Tumor, 4 g schwer, leicht höckerig, nicht ulcerirt, von sehr derber Consistenz, von der hinteren Hälfte der Plica aryepiglottica ausgehend, wird mit der Glühschlinge entfernt, da ein inoperabler Drüsentumor am Halse die Radicaloperation verbietet. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Carcinom. Nach 5 Monaten Recidiv, das noch mehrmals in den nächsten Monaten operirt wird. Metastasen in Oesophagus und Magen. Tod nach zehn Monaten.

F. KLEMPERER.

96) **Kaspar Pischl. Carcinom des Oesophagus und Larynx. (Carcinoma of the esophagus and larynx.)** *Laryngoscope. April 1900.*

Demonstration der bei der Section gewonnenen Präparate.

EMIL MAYER.

97) **Schuchardt** (Stettin). **Kehlkopfkrebs.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 2. 1900.*

Vorstellung eines Kranken, dem Verf. vor 8 Wochen die Totalexstirpation des Kehlkopfes sammt Epiglottis, mehrerer Luftröhrenringe, sowie krebsiger Drüsen an der rechten Halsseite gemacht, und 4 Wochen später ein Lymphdrüsenrecidiv an der rechten Halsseite entfernt hatte. Pat. kann gut schlucken, hat keine Pharynxfistel und trägt einen künstlichen Kehlkopf nach Gluck.

ZARNIKO.

98) **F. J. Lutz. Pharyngotomia subhyoidea zur Entfernung einer malignen Geschwulst des Kehlkopfs. (Subhyoid pharyngotomy for the removal of a malignant growth of the larynx.)** *Philad. Med. Journal. 24. Februar 1900.*

Die Operation wurde ohne präliminare Tracheotomie und unter localer Infiltrationsanästhesie gemacht. Sie war nur zur Linderung der Dyspnoe und Dysphagie vorgenommen, führte aber zu vollständiger Heilung des Patienten. Die epitheliomatöse Natur des Tumors ist durch die mikroskopische Untersuchung erwiesen.

EMIL MAYER.

99) **George T. Hankins** (Sydney N. S. Wales). **Bericht über einen Fall von Laryngectomie. (Report on a case of laryngectomy.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Januar 1900.*

Pat., ein Mann von 42 Jahren, klagte seit 6 Monaten über trockenen Husten und seit 6 Wochen über Heiserkeit. Die Drüsen am Kieferwinkel waren vergrössert. Bei der Spiegeluntersuchung sah man in der linken Fossa hyoidea eine Geschwulst von $^3/_4$: 1 Zoll Durchmesser. Die Anamnese ergab nichts von Syphilis. Trotzdem wurde versuchsweise antiluetisch behandelt. Da der Erfolg ausblieb, wurde die Operation beschlossen. Entfernt wurden 2 vergrösserte Drüsen, die über den grossen Gefässen lagen, dann wurde tracheotomirt und die Semon'sche dilatirende Canüle eingesetzt. Die ganze linke Kehlkopfhälfte mit der Epiglottis wurde exstirpirt. Nach Ausstopfung des oberen Theiles der Trachea mit Jodoformgaze wurde die Canüle bis zum 11. Tage getragen. Der Patient genas und

ist jetzt 3 Monate nach der Operation gesund. Die Untersuchung der exstirpirten Lymphdrüsen zeigt deutliche epitheliomatöse Infiltration des Gewebes.

A. J. BRADY.

100) **Jacob Frank. Bericht über einen Fall von Laryngo-Hyoidectomie wegen Carcinom. (A laryngo-hyoidectomy for carcinoma with the report of a case.)** *N. Y. Medical Record. 17. März 1900.*

Der Patient, der vor wenigen Monaten operirt wurde, vermag feste und flüssige Nahrung zu schlucken, und spricht heiser und monoton, aber verständlich. Bisher kein Recidiv; doch ist ein solches zu erwarten.

LEFFERTS.

101) **A. T. Bristow. Laryngectomie wegen Krebs. (Laryngectomy for carcinoma.)** *N. Y. Medical Record. 24. März 1900.*

B. giebt die Krankengeschichte des Falles und beschreibt die Technik der Operation. Der ganze Larynx mit der Epiglottis wurde exstirpirt. Es fiel bei der Operation auf, dass, wenn ein starker seitlicher Zug auf den Larynx geübt wurde, die Athmung stillzustehen schien. 17 Tage nach dem Eingriff wurde Patient in einer ärztlichen Gesellschaft vorgestellt. Verf. meint, dass bei frühzeitiger Operation viele Fälle von Kehlkopfkrebs geheilt werden könnten; die Infection der Drüsen findet in diesen Fällen erst spät statt.

George E. Brewer schätzt die Mortalität der Laryngectomie auf etwa 50 pCt. der Fälle; sie würde noch höher sein — nach der Berechnung eines anderen Autors über 90 pCt. — wenn alle Fälle zur Veröffentlichung kämen. Der Grund hierfür liegt darin, dass meist erst die Operation erlaubt wird, wenn der Oesophagus von der Erkrankung ergriffen ist. Könnte man die Fälle operiren, so lange der Process noch auf den Larynx beschränkt ist, so würde die Mortalität sehr viel kleiner sein.

LEFFERTS

102) **v. Navratil. Ueber Larynxresection bei Carcinom.** *Orvosi hetilap. No. 13. 1900.*

v. N. referirt über 57 primäre Larynxcarcinome. Einfach diagnosticirt waren 23, operirt 34 Fälle. 24 mal wurde Tracheotomie, 1 mal Pharyngotomia subhyoidea, 8 mal die Resection des Larynx, 2 mal die totale Entfernung des Kehlkopfes gemacht. Zwei Frauen ausgenommen betrafen alle Fälle Männer. Die tracheotomirten überlebten die Operation 14 Tage bis 3 Monate, 2 Jahre und 14 Tage (1 Fall).

v. N. hält die Heilung des Larynxcarcinoms durch Operation für ziemlich sicher, wenn die Krankheit noch im Anfangsstadium zur Operation gelangt. Es kann sehr seltene Fälle geben, wo das Carcinom sehr geringen Umfanges und genauer Begrenzung ist, dass man es endolaryngeal operiren kann, zumeist ist es jedoch bloss durch gründliche Exstirpation der carcinomatösen Entartung, durch partielle Resection heilbar. Die Hauptaufgabe ist alles Erkrankte zu entfernen, dadurch, dass der Schnitt im gesunden Gewebe mindestens 1 cm weit vom erkrankten Theile geführt wird. Sogenannte typische Operationen (d. h. immer nur totale oder partielle Larynxexstirpation machen) sind zu verwerfen, denn man hat sich nur nach der Ausbreitung des Carcinoms und nicht nach anatomischen Linien

zu richten. v. N. macht auch die totale Larynxexstirpation, wenn die Indication dazu eine gebieterische ist.

v. N. vollführt die Larynxresection einactig, wenn der Kräftezustand des Patienten günstig ist, und wenn in den Respirationswegen keine Complicationen obwalten (Bronchitis), sonst operirt er in zwei Acten. Es wird zuerst der Luftröhrenschnitt möglichst tief am 3.—4. Luftröhrenringe gemacht, und zwar mit localer Anästhesie.

Bei der Resection wird durch die Trendelenburg'sche Canüle chloroformirt, die Canüle wird erst am 2. Tage nach der Operation durch eine gewöhnliche Luer'sche Canüle ersetzt.

In jedem Falle wird der Larynx der Länge nach geöffnet (Laryngofission, so benannt vom Verfasser im Jahre 1865), dann constatirt er die Ausbreitung des Carcinoms. Nun werden mit dem Scalpell, dann mit scharfem Hebel in einer Entfernung von 1 cm von der Grenze des Erkrankten die Weichtheile vom Knorpel abgelöst, und mit der Scheere vom Schlund und der Speiseröhre entfernt. Was man von der gesunden Larynxhälfte erhalten kann, wird geschont, da diese bei der Wundheilung quasi eine Brücke bildend, dem Patienten die Athmung durch den Mund sichert, so dass man später die Canüle entfernen kann. Von der Vereinigung des Kehlkopfes sieht er stets ab, und tamponirt das Innere des Larynx mit Jodoformgaze. Der Verband wird täglich gewechselt. Am 1.—2. Tag schluckt der Patient nicht, vom 7.—10. Tag an wird er künstlich genährt.

Die Fälle, welche v. N. durch Resection event. durch Exstirpation operirt hat, sind folgende:

I. Mann, 52 Jahre alt. Seit $1^1/_2$ Jahren Heiserkeit. Linkes Stimmband carcinomatös entartet. Resection 1887, 25. September. Nach $2^1/_2$ Jahren noch sicher geheilt.

II. Mann, 56 Jahre alt. Bestand des Uebels 1 Jahr. Carcinom des linken Stimmrandes. Resection 1889, 12. Mai. Laut Nachricht im Februar noch gesund gewesen.

III. Mann, 62 Jahre alt. Seit anderthalb Jahren krank, Carcinom am rechten Stimmbande. Am 25. October 1890 Resection. Im Januar 1892 noch gesund.

IV. Mann, 57 Jahre alt. Carcinom des linken Stimmbandes seit 6 Wochen constatirt. Tracheotomie 14 Tage später, am 19. Januar 1892 totale Larynxexstirpation. Tod nach 20 Tagen an Bronchitis putrida.

V. Mann, 66 Jahre alt. Linksseitiges exulcerirtes Carcinom. Tracheotomie. Wegen schwerer Bronchitis konnte die Resection nur nach 32 Tagen, am 2. Nov. 1898 gemacht werden. Recidiv nach 7 Monaten.

VI. Mann, 51 Jahre alt. Seit einem Jahre heiser. Carcinom am linken Stimmbande. Tracheotomie, nach 15 Tagen, am 13. Febrnar 1899 Resection. Wegen Recidiv nach 10 Monaten in Chloroformnarkose typische totale Entfernung des Kehlkopfes. Derzeit noch vollständig gesund.

VII. Mann, 50 Jahre alt. Seit 2 Jahren krank. Carcinom des linken Stimmbandes im Januar 1899 constatirt. Tracheotomie, nach 8 Tagen am 10. Februar Resection. Inoperables Recidiv im Februar 1900.

VIII. Mann, 68 Jahre alt. Linksseitiges Carcinom. Tracheotomie und Resection in einem Acte 12. April 1899. Derzeit noch geheilt.

IX. Mann, 61 Jahre alt. Seit 13 Monaten besteht Heiserkeit. Linkes Stimmband carcinomatös entartet. Resection am 4. Februar 1900. Gesund entlassen.

Es sei noch erwähnt, dass in allen Fällen die Diagnose durch mikroskopische Untersuchung eines endolaryngeal excidirten Stückchens, ante operationem festgestellt wurde.

v. NAVRATIL.

103) **Föderl** (Wien). **Zur Technik der Larynxexstirpation.** *Arch. f. klin. Chir. 58. Bd. 1899.*

Die von F. besprochene Technik der Larynxexstirpation bezieht sich auf die Wiederherstellung der Continuität des Respirationstractus nach oben durch die Naht, die in einem Falle von Totalexstirpation wegen Carcinom gelang.

SEIFERT.

104) **C. G. Nicolas. Primäre Epithelialgeschwülste der Bronchien. (Primary epithelial tumors of the bronchi.)** *N. Y. Med. Record. 24. Februar 1900.*

Bis 1886 sind nur 86 Fälle von primärem Epitheliom der Lunge bekannt und Pick konnte 1891 nur 15 Fälle von primärem Krebs der Trachea zusammenstellen. Verf. hat aus der Literatur 35 Fälle gesammelt, die von den betreffenden Autoren für primäres Carcinom der Bronchien gehalten wurden. Er studirt dieses Leiden eingehend. Sein Verlauf ist ein überaus rapider, seine Behandlung rein palliativ.

LEFFERTS.

105) **Edm. Meyer. Ein neuer Tamponträger für den Kehlkopf.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. X. 3. S. 498. 1900.*

Beschreibung und Abbildung des Instrumentes, das von W. A. Hirschmann angefertigt ist.

F. KLEMPERER.

106) **M. Paunz. Ein fixirbarer Kehlkopfspiegel.** *Wiener klin. Rundschau. No. 8. 1900.*

An einem querovalen Rahmen, den der Patient zwischen den Zähnen hält, wird ein Kugelgelenk angebracht, durch welches der Stiel des gewöhnlichen Kehlkopfspiegels eingeführt wird. — Vortheile dieses Spiegels sollen sein leichte Handhabung und möglichste Einfachheit, auch soll sich dieser Spiegel zu Demonstrationen vorzüglich eignen, wie zu Operationen, indem beide Hände frei sind.

CHIARI.

f. Schilddrüse.

107) **Livini. Untersuchungen über die Morphologie der Arteriae thyreoideae. (Studio morfologico delle arterie tireoidee.)** *Lo Sperimentale. Januar 1900.*

Eine ziemlich umfangreiche, durch Abbildungen erläuterte Arbeit, die das Ergebniss genauester an 100 Leichen ausgeführter Untersuchungen darstellt Betreffs der Details muss auf das Original verwiesen werden.

FINDER.

108) **Steinlin. Der Einfluss der Schilddrüse auf die Consolidirung von Brüchen. (The influence of the thyreoid gland upon the consolidation of fractures.)** *N. Y. Med. Journal. 3. Februar 1900.*

Verf. wies experimentell nach, dass bei Thieren, denen die Schilddrüse exstirpirt war, die Bildung und Resorption des Callus nach einer Fractur mangelhaft verlief. Diese Erfahrungen würden der kürzlich empfohlenen Anwendung von Thyroidextract bei Fracturen eine Unterlage geben. LEFFERTS.

109) **T. George Adami. Zur Aetiologie und Symptomatologie des Kropfes. (On the etiology and symptomatology of goitre.)** *Montreal Medical Journal. Januar 1900.*

Die Aetiologie des gewöhnlichen endemischen Kropfes steht in directem Zusammenhange mit dem Trinkwasser. Das ätiologische Moment selbst aber ist in dem Wasser bisher nicht nachgewiesen worden. EMIL MAYER.

110) **A. G. Bouffleur. Die Behandlung des Kropfes. (The treatment of goitre.)** *N. Y. Med. Record. 3. März 1900.*

B. empfiehlt Jod und Thyroidextract intern oder intraparenchymatöse Injectionen von Jodoform oder Carbolsäure. Erst wenn diese versagen, ist ein operativer Eingriff angezeigt. LEFFERTS.

111) **M. D. Lederman. Capilläres Adenom der Thyreoidea mit carcinomatöser Degeneration Kehlkopfsymptome verursachend. (Capillary adenoma of the thyroid with carcinomatous degeneration causing laryngeal symptoms.)** *Laryngoscope. März 1900.*

Vorstellung des Patienten. EMIL MAYER.

112) **Mailland. Krebs der Schilddrüse; massive Enucleation. (Cancer du corps thyroide. Enucléation massive.)** *Société des Sciences méd. de Lyon. 17. Januar 1900.*

55jähriger Patient, dessen Leiden vor 3 Jahren mit einem kleinen Tumor im linken Schilddrüsenlappen begann. Ein Jahr später traten Erstickungsanfälle auf, die Stimme war heiser, der Patient magerte ab. Der Tumor wurde enucleirt. Unmittelbar nach der Abtragung der Geschwulst wurden Athmung und Stimme wieder normal. PAUL RAUGÉ.

113) **Barker. Maligne Schilddrüsengeschwülste. (Malignant growths of thyroid.)** *N. Y. Med. Record. 17. Februar 1900.*

Die maligne Geschwulst entwickelte sich bei der 58jährigen Patientin nach 9jährigem Bestehen eines Kropfes, der wegen Druck auf die Trachea 2malige Operation nöthig gemacht hatte. LEFFERTS.

114) **C. Symonds. Recidivirende maligne Geschwulst der Schilddrüse. (Recurrent malignant tumor of thyroid gland.)** *N. Y. Medical News. 17. Februar 1900.*

Vorstellung des zweimal operirten Patienten. Von Interesse ist, dass der



maligne Tumor auf den linken Lappen beschränkt blieb, und ausserdem die lange Dauer der Krankheit (11 Jahre).

Barker betont, dass maligne Geschwülste der Thyroidea sehr gewöhnlich einen chronischen Verlauf nehmen; er selbst hat einen Fall von 18jähriger Dauer beobachtet.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

115) **John Knott. Die Dilatationen und Deviationen der Speiseröhre. (The dilatations and deviations of the esophagus.)** *N. Y. Med. Record. 31. März 1900.*

K. bespricht die Dilatationen und Divertikel des Oesophagus. Einige Zeit vor der Operation soll die Gastrotomie gemacht werden, damit der Pat. in guten Ernährungszustand gebracht und der Oesophagus ruhiggestellt und geschont werden kann.

LEFFERTS.

116) **Gastpar** (Stuttgart). **Ein Fall von Oesophagussarcom.** *Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anatomie. 3. 4. 1900.*

Ein 54jähriger Mann kam in kachektischem Zustande in das Katharinenhospital mit Klagen über Schmerzen in der Magengegend. Mit der Sonde wurde im Oesophagus ein Tumor constatirt, neben welchem die Sonde ohne Mühe in den Magen gelangte. Bei der Section fand sich ein primäres Sarcom des Oesophagus, welches von der Submucosa ausgegangen und lediglich nach der Seite der Mucosa hin gewachsen war. Das Sarcom bestand aus einer grösseren Anzahl von in pallisadenförmiger Weise angeordneten kleineren Tumoren mit glatter, nur an wenigen Stellen ulcerirter Oberfläche und nahm die ganze Länge des intrathoracalen Oesophagus ein; Metastasen fehlten. Histologisch: Grosszelliges Rund- und Spindelzellensarcom.

SEIFERT.

117) **Augustus A. Eshner. Carcinom der Speiseröhre. (Carcinom of the esophagus.)** *The Med. Fortnightly. 26. Februar 1900.*

Bei der Section fand sich die Speiseröhre normal bis 3 Zoll über der Cardia, von da an war sie verdickt und ulcerirt. Die Lymphdrüsen in der Nachbarschaft waren vergrössert; einige waren offenbar tuberculös, andere aber frei von Tuberkeln und käsigen Herden. Die histologische Untersuchung ergab ein typisches Epitheliom.

EMIL MAYER.

118) **Willy Meyer. Gastrotomie wegen krebsiger Oesophagusstrictur. (Gastrotomy for cancerous stricture of the esophagus.)** *Annals of Surgery. Februar 1900.*

Vorstellung der operirten Patientin. Dieselbe ist jetzt im Stande, Flüssigkeiten und halbfeste Nahrung per os zu nehmen.

EMIL MAYER.

119) **de Quervain** (Chaux de Fonds). **Zur Resection des Halsabschnittes der Speiseröhre wegen Carcinom.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 58. Bd. 1899.*

Der Mittheilung eines Falles von Resection des Halsabschnittes der Speiseröhre lässt de Q. eine Uebersicht über die bisher ausgeführten Resectionen des Halstheiles der Speiseröhre für Krebs dieses Organes folgen, um dann auf Grund der bis jetzt gemachten Erfahrungen die Punkte zu besprechen, durch deren Berücksichtigung einerseits das Operationsgebiet ausgedehnt und andererseits die Gefahr des Eingriffs vermieden werden kann.

SEIFERT.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **H. Mygind. Die Krankheiten der obersten Luftwege. (De oeverste Luftveies Sygdomme.)** Dänisch. Kobenhavn. Det Nordiske Forlag. 206 Ss. 62 Abbildungen. 1900.

Der Verf. giebt in dem vorliegenden Buche eine kurze Darstellung der Krankheiten der Nase, des Schlundes und des Kehlkopfes. Die Arbeit ist ausschliesslich für Studirende und practicirende Aerzte berechnet. Es ist dem Verf. geglückt, das Wichtigste in gedrängter und doch klarer Form mitzutheilen. Das Verständniss wird durch die zahlreichen und vorzüglichen Abbildungen bedeutend erleichtert.

Schmiegelow.

---

b) **J. Sendziak. Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Oesophagus. Ein Handbuch für Studirende und Aerzte. (Choroby jamy ustnej, gardzieli i przetyku.)** Warszawa. 327 Ss. 1900.

Im Selbstverlage des Verf.'s erschien vor kurzem das oben genannte Handbuch zum Gebrauche der Studirenden und Aerzte. Der Verf. schildert darin in knapper Form die Aetiologie, Pathologie und Therapie sämmtlicher einschlägiger Krankheiten und giebt dem Leser ein ziemlich genaues Bild von dem gegenwärtigen Standpunkt dieser Disciplinen.

A. v. Sokolowski.

---

c) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom Juni 1899.

Vorsitzender: F. de Havilland Hall.

Herbert Tilley: Einseitige Lähmung des Gaumens, Rachens, Kehlkopfs etc.

29jährige Frau, wahrscheinlich früher syphilitisch inficirt, zeigt die oben-



genannte Lähmung auf der linken Seite; ausserdem im oberen Theile des linken Trapezius und Sternocleidomastoideus deutliche Erscheinungen von beginnender Degeneration. Die Zunge und Gesichtsmuskeln sind normal. Die Sensibilität erscheint an den gelähmten Partien des Athomtractus herabgesetzt.

Dies ist der 4. Fall dieser Lähmung, den Redn. in den letzten 4 Monaten gesehen hat. Er spricht nach seiner Meinung für die Innervation des Larynx etc. durch den spinalen Accessorius.

Tilley stellt weiterhin einen Fall von multipler Sklerose mit Parese der linken Seite des Gaumensegels und Larynx vor; ferner einen Fall von allgemeiner Paralyse mit Parese der linken Larynxhälfte.

Sir Felix Semon macht auf die nystagmusartigen Bewegungen des linken Stimmbandes in dem 2. Falle aufmerksam. Die Abduction ist in 3 distincte Bewegungsabschnitte getrennt. Dies kann durch eine Läsion unterhalb des vierten Ventrikels bedingt sein.

Permewan: Präparat eines Kehlkopfs mit papillomatösen Geschwulstmassen von einem 11jährigen Knaben.

Der Knabe starb durch einen Unfall. Er ist zweimal operirt worden; einmal auf intralaryngealem Wege und das zweite Mal gründlich nach vorhergehender Thyrotomie.

Permewan: Präparat eines Kehlkopfes von einem Falle von Perichondritis.

Der Fall war mit so hochgradiger Dyspnoe in das Krankenhaus gekommen, dass sofort die Tracheotomie gemacht werden musste. Es bestand eine starke Schwellung des Larynx, innerlich und äusserlich, und später bildete sich ein Abscess aus, der geöffnet wurde. Es entleerten sich einige Stückchen nekrotischen Knorpels. Danach begann eine Besserung Platz zu greifen, bis sich Erscheinungen von Seiten des Lumbarmarks entwickelten und Paraplegie und später der Tod eintrat. Es fand sich keine Geschwulst im Larynx. Tuberkelbacillen waren im Leben nicht nachweisbar gewesen.

de Santi: Parathyroidgeschwulst Symptome von maligner Erkrankung des Larynx hervorrufend. Operation und Heilung.

Als Redn. den Pat. zum ersten Male sah, litt der 58jährige Mann seit zehn Monaten an dauernder Heiserkeit, Husten und Stridor. Am Thorax war nichts Pathologisches nachweisbar; Syphilis wird geleugnet. Das rechte Stimmband war paretisch, die Abduction deutlich beschränkt, dasselbe war in gleichförmiger Weise geröthet und geschwollen. Nirgends war eine Ulceration oder Neubildung sichtbar. Keine Drüsen am Halse zu fühlen.

Im September 1895 kam Pat. sehr schnell stark herunter und seine Stimme sank zum Flüstern herab. Die rechte Carotis erschien hervorgedrängt durch eine unbestimmte Anschwellung in der Tiefe des unteren Theiles des Halses.

Im December 1895 wird eine allgemeine Besserung constatirt, die auch im Jahre 1896 noch anhält.

Februar 1899 stellten sich Schluckbeschwerden ein, und die geschwollenen tiefen Halsdrüsen nahmen merklich an Grösse zu. Die eingeführte Schlundsonde stiess auf ein Hinderniss. Es wurde eine Incision am Halse zu Explorationszwecken gemacht und ein grosser weicher vasculärer Tumor, der mit der Schilddrüse nicht verwachsen war, in dem unteren Theile des unteren Carotis-Dreiecks blosgelegt. Derselbe erstreckte sich hinter und median von den grossen Gefässen bis an den oberen Rand des Sternums. Nach sorgsamer Lostrennung und Unterbindung liess sich die Geschwulst, die sich als vollständig eingekapselt erwies, herausheben. Der rechte Recurrens war durch den Tumor abgeflacht.

Die Heilung verlief ungestört, das Schluckvermögen war unmittelbar gebessert.

Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sich der Tumor, der aus Parathyroidgewebe bestand, als unschuldig.

Das Interesse des Falles liegt darin, dass seine früheren Stadien wegen der Röthung, Schwellung und beschränkten Beweglichkeit des Stimmbandes an ein intralaryngeales Carcinom denken liessen.

Trotz des mikroskopischen Befundes muss auch jetzt noch das rapide Anwachsen des Tumors bei einem Manne von 62 Jahren den Verdacht auf Malignität erwecken.

St. Clair Thomson: Complete Lähmung eines Stimmbandes und geschwächte Abduction des anderen.

Pat., 17 Jahre alt, ist seit 3 Jahren heiser. Eine Erklärung für den Zustand vermag Redn. nicht zu geben, wenn er nicht annehmen will, dass es sich um eine Folgeerscheinung der Influenza handelt.

Permewan denkt an eine Affection mit Pleuritis als Ursache der rechtsseitigen Lähmung. Er hat einen Fall von Recurrenslähmung nach Influenza beobachtet; derselbe dauerte aber nur einige Wochen.

Sir Felix Semon hat mehrere Fälle von Lähmung nach Influenza gesehen. In Erwiderung auf eine Frage giebt er an, dass Abductorenschwäche bei Patienten im Alter von $1^1/_2$—5 Jahren beschrieben worden seien.

Der Vorsitzende hat einen Fall von doppelseitiger Abductorlähmung bei einem Kinde von 6 Jahren beschrieben.

St. Clair Thomson hat einen Fall im Anschluss an Influenza beobachtet, der nach 6monatlichem Bestehen in kurzer Zeit heilte.

Steward (für Charters Symonds): Ulceration im Larynx mit Verkalkung der Halsfascien.

32jährige Frau, hatte als Kind einen Abscess an der rechten Seite des Halses und wurde etwa zu derselben Zeit taub. Im Alter von 22 Jahren begann eine Anschwellung und Steifheit des Halses, die seither allmälig zugenommen hat. Heiserkeit besteht jetzt seit 3 Monaten. Augen und Zähne sind normal; der Rücken der Nase ist abgeflacht; Rachen und Gaumen sind narbig und verwachsen.

Ausser einer Reihe vergrösserter Halsdrüsen ist eine starke Verdickung rund

um das Zungenbein und die Kehlkopfknorpel zu fühlen; die ganzen Gewebe scheinen daselbst in eine einzige feste Masse vereinigt zu sein. Im Sternocleidomastoideus und an anderen Stellen des Halses sind harte Knötchen zu fühlen. Das rechte Taschenband ist roth, geschwollen und ulcerirt.

Sir Felix Semon hält den Fall für eine tertiäre oder congenitale Syphilis.

William Hill hält die „Calcification" für unsicher.

Steward giebt an, dass der Zustand der Kranken sich verschlechtert hat trotz Calomelbäder. Jodkali nimmt sie jetzt seit 3 Wochen.

Steward (Charters Symonds): Torpides Geschwür im Rachen.

31jähriger Mann, angeblich nicht syphilitisch. Seine Krankheit begann vor 9 Monaten mit Ausfluss aus der Nase, Kopfschmerz und Schmerzen im Rücken. Es traten Drüsenschwellungen am Halse auf, die Mandeln vergrösserten sich und ulcerirten. Bei der ersten Untersuchung des Patienten wurde ein grosses Geschwür auf der rechten Tonsille und an der Zungenbasis constatirt, dasselbe war mit einem gelben Belag bedeckt und hatte erhabene indurirte Ränder. Nach einer vorübergehenden Besserung unter Jodgebrauch nahmen die Ulceration und die Drüsenschwellung erheblich zu. Daraufhin wurde curettirt und cauterisirt, wodurch fast völlige Heilung erzielt wurde. Bald aber trat ein Recidiv ein. Die Drüsen wurden nun incidirt und ausgekratzt. In dem durch die Ausschabung gewonnenen Material waren keine Zeichen von Tuberculose nachweisbar. — In der Achselhöhle und am Ellenbogen sind kleine harte Drüsen zu fühlen.

Creswell Baber diagnosticirt Syphilis.

Sir Felix Semon hält es für kaum zweifelhaft, dass es sich im vorliegenden Falle um ein Lymphosarcom handelt, und räth deshalb zur Anwendung von Arsen. Er hat mehrere derartige Fälle gesehen, in denen sich Tumoren bildeten, verschwanden und dann in ernsterer Form wieder kamen. Steigende grosse Dosen von Arsen sind in solchen Fällen am Platze.

Steward giebt an, dass der vorgestellte Patient bisher kein Arsen bekommen hat. In den Drüsen fanden sich verkäste Herde. Das Ausgeschabte enthielt kleine Rundzellen mit verschieden geformten Kernen.

William Hill räth, wenn das Arsen versagt, zu einem Versuch mit der Electrolyse.

Creswell Baber: Geschwulst der Nasenhöhle.

B. legt einen Tumor von wahrscheinlich malignem Charakter vor, den er vom hinteren Theil der Aussenwand des unteren Nasenganges bei einer älteren Frau entfernt hat. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Diagnose „Cylinderzellencarcinom".

Nach einer Discussion über die Natur des Tumors wurde derselbe dem Comité zur Untersuchung zweifelhafter Geschwülste übergeben.

Clifford Beale: Präparat eines Epithelioms der Speiseröhre, das doppelseitige Stimmbandlähmung verursacht hat.

Ein Fall von typischem Epitheliom des oberen Abschnittes der Speiseröhre.

Die letztere ist in ihrem ganzen Umfange erkrankt und es besteht eine Perforation in die Trachea. Man sieht auf der einen Seite den Vagus durch die Geschwulst comprimirt, während auf der anderen Seite der Recurrens sich in der Neubildung verliert. Intra vitam hatten beide Stimmbänder bei ruhiger wie bei forcirter Athmung Stillstand in Cadaverstellung gezeigt; bei der Phonation aber kamen sie zusammen und brachten einen ziemlich guten Ton hervor. Anfälle von Adductorenkrampf hatten später die Tracheotomie nöthig gemacht. Der Tod ist durch septische Pneumonie erfolgt.

Sir Felix Semon: Ungewöhnliche Geschwulst des Kehlkopfs.

Der Fall ist im März 1898 bereits vorgestellt und in den Berichten der Gesellschaft ausführlich beschrieben. Seither hat sich an demselben absolut nichts geändert.

In Beantwortung einer an ihn gerichteten Frage erklärt Redn., dass er vor einer Operation aus dem Grunde zurückschreckt, weil die Gegenwart des Tumors keinerlei Störungen verursacht, während andererseits die Erscheinung, dass leichter Druck auf die Geschwulst Husten und Würgen auslöst, auf die enge Beziehung derselben zum Vagus hinweist.

Lambert Lack: Erfolgreiche Dilatation einer Strictur des Kehlkopfs nach Tracheotomie wegen Diphtherie.

6jähriges Kind, das vor 1 Jahr tracheotomirt wurde. Drei Monate danach konnte die Canüle nicht entfernt werden. Ein zweiter Chirurg machte deshalb eine Thyrotomie zu Explorationszwecken und fand eine Ulceration unter beiden Stimmbändern mit Granulationsgewebe, welches das Kehlkopflumen obstruirte. Die Granulationen wurden abgetragen und die Wunde zur Heilung gebracht. Die Dilatation mit O'Dwyer'schen Tuben wurde versucht, aber ohne Erfolg. Daraufhin wurde die Dilatation von unten her vorgenommen. Ein Metallrohr mit einem Schild, das die Tracheotomiecanüle abschloss, wurde unter Chloroform nach forcirter Dilatation der Strictur von unten her eingeführt. 5 Monate lang wurde dieses Rohr ohne Beschwerden getragen; nach Ablauf dieser Zeit wurde das Rohr entfernt und die Tracheotomiecanüle geschlossen. Einen Monat später wurde die letztere endgültig fortgelassen. Der Patient ist jetzt seit 1 Monat vollständig geheilt.

Der Vorsitzende beglückwünscht den Vortragenden zu dem erzielten Erfolge.

Lack erwidert auf eine Anfrage von Permewan, dass bei dem ersten Versuche mit der Intubation die Dyspnoe stets unmittelbar nach Herausnahme der Tube wiederkehrte.

Atwood Thorne: Knotige Verdickung des nasalen Fortsatzes des Oberkiefers und ulcerative Rhinitis bei einem 7jährigen tuberculösen Mädchen.

Die Deformität und Verstopfung der Nase hat seit 2 Monaten in zunehmendem Maasse sich gezeigt, angeblich als Folge eines Falles. Eine Masse von

Haselnussgrösse ist am nasalen Fortsatz auf der rechten Seite zu fühlen, eine kleinere Masse auf der linken Seite. Blasse Granulationsmassen erfüllen die Nasenlöcher. Die Patientin ist früher wegen einer tuberculösen Ulceration am Fusse und wegen Halsdrüsenentzündung in Behandlung gewesen. Für congenitale Lues liegen keine Zeichen vor.

W. Hill hält den Fall für ein Gemisch von Tuberculose und Syphilis.

Bond: Geschwulst des Gaumens bei einer 34jährigen Frau.

Eine prall-elastische indolente Geschwulst nimmt den harten Gaumen ein, von nahe den Schneidezähnen bis zum Velum sich erstreckend. Der Boden der Nase zeigt keine Veränderung. Die Pat. giebt an, dass der Tumor sich seit 12 Monaten entwickelt hat. Die Halsdrüsen sind nicht geschwollen. Redn. stellt die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Adenom.

de Santi spricht sich auch für diese Diagnose aus.

Watson Williams hat einen ähnlichen Fall von Adenom mit Cysten behandelt; er incidirte denselben und applicirte danach Chromsäure. Nach einer vorübergehenden Entzündung ist die Geschwulst verschwunden und seit einigen Jahren nicht recidivirt.

Bond beabsichtigt die Exstirpation des Tumors.

St. Clair Thomson: Grosse sarcomatöse Geschwulst des Nasenrachenraums bei einer 26jährigen Frau.

Redn. wirft die Frage auf, welches die geeignete Behandlung für den vorgestellten Fall ist, bei dem die Athmung und das Schlucken gerade anfangen, durch die wachsende Geschwulst gestört zu werden.

de Santi und Bond rathen zur Tracheotomie und zu palliativen operativen Eingriffen.

St. Clair Thomson hält die Drüsen am Halse nicht für sarcomatös, sondern für Reste alter scrophulöser Vorgänge.

Roughton: Ein diagnostisch zweifelhafter Kehlkopffall.

42jähriger Mann, seit 3 Monaten heiser, dyspnoisch und hustend. Das linke Stimmband und der linke Aryknorpel ist geschwollen und fixirt. Von Tuberculose oder Syphilis ist nichts nachweisbar.

Allgemein wird die Geschwulst als wahrscheinlich maligne angesprochen und die exploratorische Thyrotomie angerathen.

Sir Felix Semon empfiehlt vorerst nur ein Stückchen zur diagnostischen Untersuchung zu exstirpiren.

Fitzgerald Powell: Missbildung der Gaumen-Rachen-Muskeln.

Die hinteren Gaumenbögen sind verwachsen und lassen nur ein kleines Orificium, das in den Nasenrachenraum führt, offen. Von ihrer Vereinigungsstelle gehen sie als halbmondförmige Falten nach unten zum normalen Ansatzpunkt. Ob es sich um eine Missbildung oder eine Narbenbildung handelt, ist schwer zu entscheiden. Die Anamnese ergiebt nur das Ueberstehen eines schweren Scharlachs.

Der Vorsitzende glaubt, dass der Zustand die Folge einer tiefen centralen Ulceration darstellt.

Thorne (für Dundas Grant): Epitheliom des Rachens.

Eine Geschwulstmasse von fast knorpliger Härte nimmt Rachen und Zungenbasis ein. Die Drüsen am Halse sind geschwollen.

Thorne (Dundas Grant): Pachydermoide Laryngitis mit Salicylsäure behandelt.

Ein Fall von ausgesprochener hypertrophischer Laryngitis bei einem Alkoholiker mit rauher Stimme. Die Behandlung bestand in Application von alkoholischer Salicylsäurelösung 2mal wöchentlich und Enthaltung vom Trinken. Die Stimme ist wieder ganz rein geworden.

Richard Lake: Doppelseitige Stimmbandlähmung etc.

Der Pat. hat ein Gumma im Rachen, ausserdem Lähmung der Mm. oculomotorii. Beide Stimmbänder stehen in Cadaverstellung. Ernest Waggett.

---

d) IV. Congress der italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

Rom, 25.—27. October 1899.

I. Victorio Grazzi hat das Referat über die Physio-Pathologie des Geruchsnerven übernommen. Nach einer historisch-kritischen Uebersicht über das bisher auf diesem Gebiete Geleistete und ausführlicher Besprechung der olfactometrischen Methoden geht G. zur Mittheilung einer neuen von ihm geübten und erprobten Methode der Geruchsbestimmung über. Dieselbe besteht darin, dass von einer 1—5 proc. alkoholischen Lösung von Acid. benzoic. 10 Tropfen auf ein 5 cm im Durchmesser haltendes Stück gewöhnlichen weissen Fliesspapiers gegossen werden. Nach Verdunstung des Alkohols bleibt der Benzoegeruch. Solche Scheiben von Fliesspapier werden — bereits präparirt — in einer Schachtel aufbewahrt und bleiben längere Zeit brauchbar. Zur Prüfung des Geruchs wird eine solche Scheibe bedeckt mit 10 übereinander liegenden quadratischen Stücken Cartonpapiers, in deren Mitte ein kreisförmiges Loch von $1/_2$—5 cm Durchmesser ausgestanzt ist, so dass zuoberst das Papier mit dem $1/_2$ cm Loch, zuunterst, direct auf der riechenden Fläche das Papier mit der 5 cm Oeffnung zu liegen kommt. Der zu Untersuchende nimmt nun einen Glastrichter von 5 cm Durchmesser und 10 cm Länge, führt das cylindrische Ende desselben in das eine oder andere Nasenloch ein, während die Oeffnung des Trichters über dem obersten Stück Cartonpapier, in welchem sich das $1/_2$ cm grosse Loch befindet, gehalten wird.

Zahlreiche Untersuchungen an normalen Individuen beiderlei Geschlechts und jeder Altersklasse haben ergeben, dass, wenn so bei einer gewöhnlichen Inspiration durch den Trichter der Benzoegeruch empfunden wird, man von einem normalen Geruchsvermögen sprechen kann. Erfolgt keine Geruchsempfindung, so

zieht man nacheinander — dazwischen immer nur kleine Pause machend — ein Cartonblatt nach dem andern fort und ist man bis zu dem letzten gelangt, welches die ganze Riechfläche frei lässt, ohne dass ein Riecheindruck erfolgt ist, so hat man ein anosmisches Individuum vor sich. Grazzi's Masseinheit („Olfactie") entspricht also der bei der Oeffnung von $1/2$ cm wahrgenommenen Geruchsempfindung.

In dem von der Geruchsempfindung handelnden Kapitel seines Referats bespricht G. die Anomalien und Deformitäten des Geruchsorgans, die verschiedenen directen und indirecten traumatischen Schädigungen desselben, die functionellen Störungen und die Neuritis olfactoria, die von peripheren, centralen oder allgemeinen Erkrankungen abhängen und die Neurosen des Geruchssinnes.

Referent erläutert die verschiedenen Kapitel durch Krankengeschichten und schliesst mit einer Reihe von Thesen; von denen folgende hervorzuheben sind:

1. Die sogenannten „Athemflecke" (Zwaardemaker), die einen objectiven Maassstab für die Durchgängigkeit der Nasenhöhle abgeben sollen, haben nur einen durchaus relativen Werth.

2. Was die Messung der zur Wahrnehmung eines Riecheindrucks nöthigen Zeit betrifft, so lassen die von verschiedenen Autoren gemachten Versuche keine bindenden Schlussfolgerungen zu; jedoch scheint es sicher, dass die zur Reaction nöthige Zeit grösser ist, wie bei der Wahrnehmung anderer Sinneseindrücke.

3. Betreffs der Wirkung der Gerüche auf die peripheren Endigungen des Olfactorius hält G. am rationellsten eine „physikalische Hypothese", nach welcher den riechenden Stoffmolekülen gewisse vibratorische oder Rollenbewegungen innewohnen sollen, analog denen der Wärme, des Lichts und des Schalls.

4. Die localen und allgemeinen Krankheitszustände, die den nervösen Apparat des Geruchssinns schädlich beeinflussen können, sind viel zahlreicher, als man gemeinhin glaubt.

5. Die Neurosen des Geruchssinns verdienen mit grösserer Aufmerksamkeit studirt zu werden sowohl wegen ihrer Häufigkeit und relativen Schwere, als wegen ihrer Beziehungen zu der Rhinologie und allgemeinen Medicin.

II. Ueber die Frage, ob „Parasyphilitische oder post-syphilitische Zustände des Larynx?" referirt Trifiletti. Massei hat in jüngster Zeit die Bezeichnung „parasyphilitisch" auf eine Anzahl von Larynxläsionen angewandt, wie z. B. membranöse Verwachsungen, Anchylosen des Crico-Arytenoidgelenks, gewisse Formen von Recurrensparalyse etc. Referent erkennt im Wesentlichen die Berechtigung dieser Bezeichnung an und hält sie gegenüber dem Einwand aufrecht, dass es sich bei den obengenannten Zuständen nicht eigentlich um „parasyphilitische" Erkrankungen im Sinne Fournier's, sondern um Folgezustände syphilitischer localer Processe handele, für die also mehr die Bezeichnung „postsyphilitisch" am Platz wäre.

III. G. Martuscelli berichtet über „Experimentelle Untersuchungen am Bulbus olfactorius", deren Zweck war, festzustellen, wie sich nach verschiedenen Eingriffen an der Schneider'schen Membran die nervösen Elemente verhalten würden.

Es wurde an zahlreichen Meerschweinchen und Kaninchen die Wirkung der Aetzung mit Trichloressigsäure, der Galvanokaustik, der Behandlung mit dem

scharfen Löffel studirt und es stellte sich heraus, dass die Veränderungen der Zellen im Bulbus, die Redner genau beschreibt, am geringfügigsten bei dem letzteren Eingriff waren, ausgesprochener nach der Trichloressigsäureätzung und am stärksten nach der Galvanokaustik.

Fast stets konnte M. auch an dem Bulbus der nicht operirten Seite Veränderungen nachweisen; er erklärt dies durch eine Fortpflanzung auf centralem Wege.

IV. G. Prota: Tuberculosis vegetans der Nase.

Bei einer 17jährigen Patientin, die an Lupus der Knochen litt und am weichen Gaumen Zerstörungen aufwies, welche von einer — zum Theil noch bestehenden — lupösen Infiltration herrührten, fanden sich beide Nasenhöhlen ausgefüllt von röthlichen Tumormassen, die, wie die nähere Untersuchung ergab, vom Septum cartilagineum und dem Nasenboden ihren Ursprung nahmen. Die äussere Nase war geschwollen und geröthet. Die Untersuchung entfernter Tumormassen ergab das histologische Bild der Tuberculose mit typischen Tuberkeln und Riesenzellen. Weder in den Präparaten, noch im Auswurf, noch im Secret der Nase konnte bei wiederholter Untersuchung der Koch'sche Bacillus gefunden werden. Nach Ausräumung der Nasenhöhlen und galvanokaustischer Verätzung der Insertionsfläche der Tumormassen entstand auf beiden Seiten des Septums eine ausgedehnte Ulceration und schliesslich Perforation; nach zwei Monaten war die Nase wieder von Tumoren angefüllt. Die Untersuchung der Lungen ergab ein durchaus negatives Resultat. Redner ist wie sein Lehrer Massei, auf den er sich beruft, ein entschiedener Anhänger der Lehre von der Identität des Lupus und der Tuberculose.

V. Tanturri: Ueber Tuberculose der Zunge.

Ausgehend von zwei durch ihn beobachtete Fälle tuberculöser Ulcerationen auf der Zunge, die er in extenso wiedergiebt, recapitulirt Redner das bisher über diese Localisation der Tuberculose Bekannte.

VI. Della Vedova: Beobachtungen über die Aetiologie der Ozaena und über ihre Heilbarkeit mittels der Serumtherapie.

Redner schildert den heutigen Stand der von Bufanti und ihm im Jahre 1896 inaugurirten Lehre von der ätiologischen Bedeutung eines zur Familie des Diphtheriebacillus gehörenden Microorganismus, der sich in den Borken und auch in der Schleimhaut der Nase bei Ozaenakranken findet, und von der Heilbarkeit mittels Diphtherieheilserum. Nachdem diese Lehre im Lauf der Zeit verschiedene Modificationen hat erleiden müssen, formulirt Redner seinen und seines Mitarbeiters Standpunkt folgendermaassen: Die „Ozaena“ ist keine einheitliche Krankheit; das, was wir darunter zu verstehen gewohnt sind, ist der schliessliche anatomische Ausgang eines Processes, der auf verschiedener infectiöser Grundlage beruhen kann. So unterscheidet er in der Gruppe der „chronischen atrophirenden fötiden Rhinitiden“ eine Art, die durch den Abel-Loewenberg'schen Bacillus bedingt wird, eine zweite, deren Träger der von ihm genau beschriebene dem Diphtheriebacillus verwandte und daher „Bacillus similodiphthericus“ genannte Bacillus ist, und eine dritte, bei welcher sich beide Mikroorganismen vorfinden, Alle drei Arten sollen sich auch durch gewisse klinische Eigenthümlichkeiten un-



terscheiden. Um eine rationelle Therapie einleiten zu können, muss vorher durch die bacteriologische Untersuchung festgestellt sein, zu welcher Art von chronischer atrophirender fötider Rhinitis der vorliegende Fall gehört und nur dann, wenn der Nachweis geführt ist, dass es sich um einen durch den „Bacillus similodiphthericus“ bedingten Fall handelt, kann die Diphtherieserumtherapie mit Aussicht auf Erfolg eingeleitet werden.

VII. Ambrosius: Ueber Ozaenatherapie.

Redner berichtet über die praktischen Ergebnisse, die er, als Assistent Della Vedova's, mit der Diphtherieserumtherapie in geeigneten Fällen von Ozaena erzielt hat. Während die sonst empfohlenen Behandlungsarten — medicamentöse Ausspülungen, Massage, Electrolyse — in Stich liessen, wurden bei der Ozaena mit Befund von Bacillus similo-diphthericus Erfolge erzielt, die, je nach der Schwere des Falles, von mehr oder minder ausgesprochener Besserung bis zur völligen Heilung variirten.

VIII. Tommasi: Die Krause'sche Methode der Behandlung chronischer Oberkieferempyeme.

Redner empfiehlt gegenüber der Eröffnung des Antrum vom Processus alveolaris oder der Fossa canina nur die Operation vom unteren Nasengang als die in mancher Beziehung vortheilhaftere Methode.

IX. Isaia: Schwere Stenose in Folge von gummöser Erkrankung des Larynx (Perichondritis cricoidea).

Redner will die gummöse Perichondritis zu der Kategorie der von Fournier sogenannten „parasyphilitischen“ Affection gerechnet wissen; er begründet dies mit dem Hinweis auf die Erfolglosigkeit der specifischen Behandlungsmethoden, in Folge deren es nöthig ist, zu einem chirurgischen Eingriffe Zuflucht zu nehmen.

X. Grazzi: Betrachtungen über syphilitische Gummata des weichen Gaumens.

Redner betont an der Hand mehrerer von ihm beobachteter Fälle die Wichtigkeit der Frühdiagnose bei dieser Affection für die Vermeidung grosser Zerstörungen und dadurch bedingter Functionsstörungen.

XI. Strazza: Bacteriologische Untersuchungen bei einem Fall von typhösem Larynxgeschwür.

Redner demonstrirt Präparate von einem ausgedehnten Larynxgeschwür bei einem Typhösen, in welchen man sowohl auf der Oberfläche der Ulceration als auch in dem das Geschwür umgebenden Hof von kleinzelliger Infiltration kokkenförmige Mikroorganismen sieht.

XII. Della Vedova: Laryngofisssur bei einem sehr seltenen Fall von Larynxverschluss.

Ein $5^1/_2$jähriger Knabe war zweimal tracheotomirt worden; die erste Tracheotomie war durch die rechte Schildknorpelplatte hindurch gemacht worden und die dadurch bedingten Veränderungen hatten das Larynxlumen so verengt, dass zu einer zweiten Tracheotomie geschritten werden musste. Während 23 Monate fortgesetzte Behandlung (Intubationen etc.) zum Zweck der Erweiterung des Larynxlumens führte zu keinem Resultat; es trat im Gegentheil totale Atresie des

Larynx ein. Bei der drei Jahre nach der ersten „Tracheotomie“ erfolgten ersten Untersuchung durch den Redner constatirte dieser die Undurchgängigkeit des Kehlkopfs und führt die Laryngofissur aus. Der Status praesens, 6 Monate nach der Operation, ist: Gute Mund-Nasenathmung; deutliche, aber rauhe Sprache; ungefähr alle 15—20 Tage muss Patient eine Stunde lang intubirt werden, da bisweilen in Folge von Secretansammlung im insensibeln Larynx nächtliche Erstickungsanfälle auftreten. Redner hofft, mittelst dieser Behandlung den Patienten zur völligen Heilung zu bringen.

XIII. D'Ajutolo: Geschichte eines Falles von sehr schwerer Tuberculose der Zunge mit Heilung.

Multiple ausgebreitete Geschwüre der Zunge heilten unter täglichen Aetzungen mit reiner Carbolsäure und Pinselungen mit 10 proc. Mentholöl, ausgiebigen Irrigationen der Mundhöhle mit alkalischen Lösungen, und innerer Darreichung von Eisen und Arsen.

XIV. Derselbe: Ein umfangreiches subglottisches Carcinom von polypoider Form.

Bericht über den einen 62jährigen Mann betreffenden Fall und Beschreibung einer vom Redner eigens zur Operation desselben construirten Schlinge,

XV. Trifiletti: Directe Besichtigung der Mündungen der Sinus maxillares in einem Fall von doppelseitigem Empyem.

Nach Entfernung der Polypen, die die ganze Nase ausfüllten, sah man unterhalb der Ansatzlinie der stark atrophischen mittleren Muscheln beiderseits den Eiter aus den Mündungen der Highmorshöhle herausquellen.

XVI. Masini: Ueber Messung der zur Geruchswahrnehmung nöthigen Zeit.

Redner hat vermittels von Methoden und Apparaten, von denen er eine detaillirte Beschreibung giebt, gefunden, dass die zur Wahrnehmung eines Geruchseindrucks nöthige Zeit geringer ist, als die zur Wahrnehmung von Gehör- und Gesichtseindrücken erforderliche, dass jedoch das Umgekehrte bei Tasteindrücken der Fall ist.

Finder.

IV. Briefkasten.

Einige Vorschläge in Betreff internationaler Congresse.

Von

Dr. P. Hellat (St. Petersburg).

Es ist eine Thatsache, dass nach jedem internationalen Congresse bei den Aerzten das Bewusstsein mehr und mehr reift, dass diese Congresse ihren Zweck: Centralstationen für das medicinische Wissen zu sein, nicht mehr erreichen, sich sozusagen überlebt haben. Ebenso ist es nun auch eine Thatsache, dass mit dem Niedergang der Congresse die Wissenschaft um einen mächtigen Heber ärmer sein wird. Es wäre also der Mühe werth, nach den Ursachen dieser Erscheinung zu

forschen. Viele derselben sind solcher Natur, dass weder die Administration, noch die Congressmitglieder irgendwie gegen sie ankämpfen können. — Im Gegentheil: sie wachsen mit der Zeit. Das Eintreten neuer Völker in das wissenschaftliche Concert vermehrt z. B. die Vielsprachigkeit, drückt das gegenseitige Verständniss. Ohne Frage giebt es aber andere, die eliminirbar sind. Das sind Unvollkommenheiten in dem Geschäftsgange, in den Anordnungen der Congresse.

Das Hauptinteresse der letzteren liegt, wie Jedermann zugeben wird, in dem lebendigen Austausch der Gedanken und Erfahrungen. Alles, was diesen Austausch hebt, hebt die Bedeutung der Congresse, und was ihn hindert, drückt dieselbe.

Es lässt sich nun nicht von der Hand weisen, dass der Modus des Gedankenaustausches, wie er bisher geübt wurde, nicht allzuviel zur Lebendigkeit desselben beiträgt. Derselbe bestand, wie wir wissen, darin, dass ein Vortrag gehalten wurde, an den sich Discussionen anschliessen sollten. Der Vortrag wird gewöhnlich abgelesen und dauert 15—20 Minuten, während für die Discussionen 5 Min. festgesetzt wird. Als officiell gelten gewöhnlich 3—4 der gangbarsten Sprachen Europas. Anderer Vorschriften und Einschränkungen will ich weiter nicht gedenken.

Wenn wir nun bedenken, dass nur seltene Ausnahmen unter den Theilnehmern alle diese Sprachen ihr eigen nennen können, in der Regel nur eine derselben verstanden wird und nicht selten sogar diese mangelhaft, so liegt es auf der Hand, dass dem Vortrage gewöhnlich nur $1/4$ der ganzen Versammlung unbehindert folgen kann. Es wird also viel gelesen, wenig gehört und noch weniger discutirt und somit das Zuerstrebende — der lebendige Gedankenaustausch auf ein Minimum reducirt.

Wie kann dem Abhülfe geschaffen werden? Dadurch, dass

1. das Lesen der Vorträge abgeschafft wird,
2. der Vortragende mündlich eine kurze Inhaltsangabe von seiner Mittheilung macht oder nur Thesen vorliest,
3. man die Discussionen nicht zu beschränken sucht, sondern auf sie den Hauptnachdruck legt und
4. gelesene Vorträge nur auf die Plenarversammlungen beschränkt.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass durch eine solche Führung der Congresse der Inhalt derselben gewinnen würde.

ad 1. Es ist unnütze Zeitvergeudung und Geistverbrauch, in den Sitzungen weitschweifige Auseinandersetzungen zu hören, zumal man sie zu Hause viel bequemer lesen kann.

ad 2. Freie Mittheilung ist immer lebendiger, anregender und, was die Hauptsache, kürzer und auch den weniger Sprachkundigen unbedingt verständlicher.

ad 3. Wenn den Discussionen solche Beschränkungen auferlegt werden, wie z. B. bei dem letzten Congresse in der rhino-laryngologischen Section, wo Jedermann nur einmal in derselben Frage das Wort ergreifen konnte, so kann freilich ein „urbaner Ton“ erzielt werden, aber auch Flachheit, Interesselosigkeit und Tod des Congresses. — Wie Beispiele lehren, können auf diese Weise nicht einmal die gröbsten Missverständnisse — entstanden durch die Sprachverwirrung — aufgeklärt, geschweige denn eine allseitige Beleuchtung des Gegenstandes herbeigeführt werden.

Sollten diese Vorschläge für gewisse Sectionen nicht zutreffen, so könnten ja immerhin Ausnahmen gestattet werden. Dass aber vielbesuchte Sectionen, unter denen auch die laryngologische, auf diese Weise einen anderen Schwung bekämen, wird kaum Jemand bezweifeln.

[Weitere Meinungsäusserungen über die wichtigen, in obiger Zuschrift angeregten Fragen werden sehr willkommen sein. Red.]

Druck von L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVI. Berlin, December. 1900. No. 12.

I. Jahresbericht

bearbeitet nach dem XVI. Jahrgang des internationalen Centralblattes
(vom 1. Januar bis 1. November 1900)

von

J. Katzenstein, A. Kuttner, E. Meyer.

A. Allgemeines, Parotis etc.

Im Verfolg der Artikel vom vorigen Jahr über die Stellung der Laryngologie bei den internationalen Congressen stellt Semon (319) auf Grund der Vota einer grösseren Anzahl laryngologischer und otologischer Gesellschaften und Congresse fest, dass die überwiegende Majorität der Fachgenossen für die volle Unabhängigkeit der laryngologischen und otologischen Sectionen stimmt und eine Verschmelzung in eine einzige Section ablehnt. Dementsprechend wurde auf dem internationalen Congress in Paris der Antrag Semon's auf dauernde Trennung der beiden Sectionen in einer gemeinsamen Sitzung der laryngologischen und otologischen Section mit grosser Majorität angenommen.

Lehrbücher sind von Braden Kyle (259), C. G. Coakley (260), J. P. Brown (357), J. Sendziak (545) erschienen, das Handbuch von Heymann liegt abgeschlossen vor. — G. R. Head und A. H. Andrews (357) veröffentlichen ein Jahrbuch für Hals, Nase und Ohr.

In der Zusammenstellung der rhino-laryngologischen Literatur des Jahres 1898 weist Semon (1) auf den auffallenden Rückgang der Zahl besonders der amerikanischen Publicationen hin.

Historische Studien über die Entwickelung der Laryngologie veröffentlicht B. J. Church (61), E. Fletcher Ingals (2), letzterer für Amerika. Cheval (113) widmet den Fortschritten der Oto-Laryngologie in Belgien in den letzten 25 Jahren eine Arbeit. Eine Zusammenstellung polnischer Arbeiten giebt Spira (2). Jonathan Wright (114, 217) setzt die Referate über die neuere laryngo-

rhinologische Literatur fort. — Wm. J. Cox (422) veröffentlicht einen Aufsatz über Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, C. H. Powell (471) über Nasen- und Halsaffectionen.

Unter den Berichten über Kliniken ist zunächst derjenige Körner's (218) über die neu errichtete Universitäts-Klinik für Ohren- und Kehlkopfkrankheiten in Rostock zu erwähnen. — Martuscelli (113) und Trifiletti (114) berichten über Massei's Anstalten in Neapel, Baurowicz (218) über Pieniazek's Klinik, Klotz (422) über den laryngo-rhino-otologischen Unterricht in Berlin und Wien.

Die Zahl der Arbeiten über Röntgenstrahlen ist in dem Berichtsjahre zurückgegangen, Wadsworth Warren (426) beleuchtet ihren Werth für die Laryngologie, Braden Kyle (217) für den Nachweis von Fremdkörpern, während Thurnwald (426) und A. Kuipers (426) ihre therapeutische Verwerthbarkeit bei Lupus hervorheben. Bouchacourt (439) hat Durchstrahlung vom Munde aus angestellt.

Den Zusammenhang der Erkrankungen der Nase und des Rachens mit anderen Krankheiten behandelt Gugenheim (160), die Gehöraffectionen bei acuten und chronischen Krankheiten des Nasenrachens Hagedorn (159). Sendziak (471) unterzieht die Veränderungen der oberen Luftwege bei acuten Infectionskrankheiten einer Besprechung. — Winckler (373) kommt in einer Arbeit über die Gewerbekrankheiten zu dem Resultat, dass man erst nach Ausschliessung aller anderen Ursachen von einer Gewerbekrankheit sprechen könne. Die Affectionen sind entweder allgemein oder local in den oberen Luftwegen hervorgerufen durch Einathmung gasförmiger oder staubförmiger Substanzen. — John A. Thompson (472) weist auf Herzerweiterung als häufige Complication bei Nasenstenose hin. — Catarrh und Erkältung werden in den Publicationen von F. S. Milbury (471), J. B. Selman (471) (Wichtigkeit hygienischer Kleidung!), Redact. Notiz (371), G. H. Thompson (371), O. F. Baerens (472), Schellenschmidt (472) abgehandelt; Scheppegrell (371) betont die Wichtigkeit der frühen Behandlung der Catarrhe der oberen Luftwege. — Die Bedeutung der Allgemeinbehandlung bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten heben Barclay Baron, Wyatt Wingrave, Lennox Browne, Mac Naughton Jones und Dundas Grant (111 und 112) hervor.

Vedova und Ambrosini (471) veröffentlichen eine tabellarische Uebersicht der Maassverhältnisse in Kehlkopf und Nase auf Grund anatomischer Untersuchungen. G. Guerrini (114) hat die elastischen Elemente der oberen Luftwege histologisch bearbeitet. W. E. Mc Vey (157) veröffentlicht eine Arbeit über die Histologie und pathologische Anatomie der Halsschleimhaut.

Eine physiologische Studie über das Schlucken in verschiedenen Körperlagen publiciren Mendelsohn und Gutzmann (159). Sie kommen zu dem Resultat, dass die Körperhaltung ohne Einfluss auf die Festigkeit des Abschlusses des Digestions- gegen den Respirationstract ist. Für primäres Verschlucken ist die im Liegen beeinträchtigte Athmung verantwortlich, für das secundäre — Aufhebung der Verschlüsse durch Husten — Differenzen in der Reflexerregbarkeit des Gaumens und der Rachenwand. Die Autoren betonen die Bedeutung dieser Dinge

für die Krankenpflege. — Bresgen (63) untersucht die Rückwirkungen des Schnäuzens, Niesens und Hustens auf den Körper, sowie deren Regelung durch die Krankenpflege.

A. Lewandowsky (275) publicirt Kritisches zur Lehre von der Athmungsinnervation. — Mit der Mundathmung beschäftigen sich die Arbeiten von J. M. Crawford (275), J. L. Bunch (275), Ingersoll (517); Matthaei (275) sieht in dem Sportathmen — Tiefathmen bei geschlossenem Munde mit Anhalten des Athems auf $^1/_4$ Minute — ein hygienisches Hilfsmittel bei Nasen-, Rachen- und Ohrenkrankheiten. — Experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen von gesteigertem barometrischen Druck und von Fremdkörpern in Rachen, Speise-, Luftröhre und Kehlkopf veröffentlicht Geo W. Crile (472).

In der Hälfte der Fälle von Lichen ruber planus sah Stobwasser (157) eine Schleimhautaffection. Dieselbe kommt selten isolirt vor, sie kann vor der Hautaffection, gleichzeitig mit oder nach derselben auftreten und heilt ohne Localbehandlung unter Hinterlassung leukoplakischer Streifen. — Fälle von Schleimhautpemphigus beschreibt Menzel (157), der dieselben für ein Symptom chronischer Intoxication hält, Strübell (158) und Baurowicz (218).

Th. S. Flatau (374) bespricht in einer Arbeit die Hysterie der oberen Luftwege. — Einen Fall hysterischer Halsmuskellähmung theilt Schlesinger (61) mit. — Derselbe (158) versteht unter Hydrops hypostrophos wiederkehrende Oedeme der Haut, Schleimhäute und anderer Körperabschnitte (angioneurotisches Oedem).

Die Ruminatio humana ist nach C. Pariser (159) eine Reflexneurose des Vagus.

Fälle von Tetanus ohne Schlundmuskelkrampf beobachteten Czyhlarz (159) und v. Charante (159).

Goldschmidt (373) unterscheidet 4 Formen von Asthma: epilepticum, bronchiale, chronicum und permanens. Er fasst dasselbe als einen Kampf forcirter Exspiration gegen reactive Inspiration auf. Die Asthmacrystalle wirken dabei als reizende Fremdkörper. F. A. Packard (373) lenkt die Aufmerksamkeit auf den Zusammenhang von Urticaria der Schleimhäute mit Asthma.

R. W. Tate (128) publicirt 2 Fälle von Angina Ludovici, von denen 1 ad exitum, 1 zur Heilung kam. — C. A. Hamann (388) leitet die Infection bei Angina Ludovici von einer Infection 1. durch die Lymphwege bei einer Verletzung der Mund- und Rachenschleimhaut oder 2. durch die Ausführungsgänge der Speicheldrüsen her. — Nach Cocar (388) entwickelt sich diese Affection, wenn ein schlechter Allgemeinzustand mit einer Localaffection des Mundes zusammentrifft. — Texier (389) heilte einen Fall durch sehr ausgedehnte Incision.

T. Beard (62) sieht in der Thymusdrüse die Quelle alles lymphoiden Gewebes. — Klinische Beiträge zum Status thymicus liefert M. Laub (424). — Den Thymustod besprechen M. Lange (63), M. L. Bonnet (423), Bryan und Walsh (63), H. D. Rolleston (424). König (62) heilte einen Fall von Hypertrophie der Thymus mit Compression der Trachea und Dyspnoe operativ.

Rille (61) hält Lymphdrüsenschwellungen, auch vereiterte, bei jungen Männern ohne nachweisbare Ursachen meist für syphilitisch, manchmal für sero-

phulös. — C. L. Schleich (422) erklärt die Exstirpation von Lymphdrüsen bei lymphatischen Kindern für falsch, bei Verkäsung empfiehlt er die Enucleation, bei Abscedirung Incision mit Tamponade. — Ferrari (115) beobachtete eine Pyosepticämie infolge von Bronchialdrüsenabscess, der mit dem Oesophagus communicirte, und möglicherweise durch Erweichung einer anthrakotischen Drüse mit Infection vom Oesophagus aus entstanden war. — Türk (423) kennt keine Pseudoleukämie, sondern eine Lymphosarcomatose.

Die Aetiologie, Symptome und Befunde bei Blutungen aus den oberen Luftwegen bespricht Réthi (278). Er leugnet auf Grund mikroskopischer Untersuchungen den hämorrhagischen Katarrh als besondere Form. — Flatau (472) legt mehr Werth auf die causale Behandlung, als auf die locale. — Gelatine in $2^1/_2$—5proc. Lösung bei Hämophilen empfehlen R. Heymann (323) und Bass (472), das Oxygen als Inhalation oder local G. W. Wagner (323).

Die Nasen- und Ohrencomplicationen bei Influenza bespricht S. F. Snow (219), die Tonsillitis und Pharyngitis membranacea Rosa Engelmann (372); Feindel und Froussard (372) Roseola. — Chauveau (220 und 372) sah nach Influenza adenoide Vegetationen verschwinden. — M. J. Austin (372) wies in 3 letalen Influenzafällen einen dem Influenzabacillus morphologisch gleichen Mikroorganismus nach, dessen Cultur ihm aber nicht gelang. — Nil Filatow (372) schildert 6—13 Wochen dauernde Influenzaanfälle, die sich vom Typhus durch Fehlen der Widal'schen Reaction, von Tuberculose durch Mangel der Bacillen und von Malaria durch Abwesenheit der Plasmodien unterscheiden.

In einem Referat auf der Münchener Naturforscherversammlung bespricht O. Chiari (277) die Tuberculose der oberen Luftwege, insbesondere die Frage der Infection, der Disposition und die Therapie. — Ueber die Verhütung der Infection in Heilanstalten und Curorten schreibt von Weismayr (115) (Sputumtaschenflaschen). — E. L. Shurly (472) bespricht die Anmeldepflicht und Absonderung Tuberculöser. — Auf die Wichtigkeit der Inspection der oberen Luftwege bei chronischen Lungenerkrankungen weist S. E. Solly (113) hin.

Suchannek (275) unterzieht die Scrophulose, ihr Wesen und ihre Beziehungen zur ruhenden Tuberculose der Mandeln, Halslymphdrüsen und benachbarter Organe einer Betrachtung.

P. Katschanowsky (63) heilt den Lupus durch Bestreuen mit Kalium permangan. O. Petersen (220) empfiehlt die Finsen'sche Behandlung, Thurnwald (426) und A. Kuipers (426) die Anwendung der Röntgenstrahlen.

Nach den Beobachtungen von Neumann (158) nimmt die Infectiosität der Syphilis mit der Dauer ihres Bestehens ab und erlischt meist mit 3—4 Jahren gleichzeitig mit dem Aufhören der sogenannten Secundärerscheinungen, tertiäre Krankheitsproducte sind nur ganz ausnahmsweise contagiös. — Fink (374) und E. S. Yonge (374) besprechen die Syphilis der oberen Luftwege. — Heller (158) weist pathologisch-anatomisch den Zusammenhang zwischen Syphilis und Aortenaneurysma nach.

M. Friedrich (423) wies bei 1 Fall von Rotz beim Menschen die Rotzbacillen nach.

89 Fälle von Sclerom der oberen Luftwege, darunter 78 aus Galizien veröffentlicht Baurowicz (218).

Haller (219) beobachtete einen Fall von Aktinomykose des Zungenbeins, Paschkowsky (220) einen Fall von Akromegalie.

Zur Diagnose der Lungentumoren empfiehlt Hellendahl (278) die Probepunction des Tumors.

Therapie. Ziffer (117) bespricht die Indication der Inhalationscuren. — W. J. Brokau (372) empfiehlt die Behandlung atrophischer und hyperplastischer Processe durch den elektrischen Strom; G. Betton Massey (220) die Behandlung des Carcinoms durch die kataphoretische Diffusion der Oxychlorverbindungen von Hg und Zn, eine redact. Notiz (117) bei Bronchectasien, Lungengangrän und Syphilis intratracheale Injectionen.

Dem Gurgeln legt Sänger (425) nur geringen Werth bei, während dasselbe nach Heryng (519) antiseptisch, antispasmodisch, narkotisch, adstringirend und resolvirend wirkt. In einer redact. Notiz (425) wird das Gurgeln bei zugehaltener Nase und nach hintenüber geneigtem Kopf empfohlen.

Medicamente. Gegen Asthma Heroin Floret (373), Atropin Riegel (115 und 373), Neumaier's Asthmapulver Goldmann (425). — Tuberculose: Duotal, Pyramidon, Heroin Pollak (518); Europheninunctionen Flick (115); Parachlorphenol Logucki (321), Isaia (322); Thiocol und Sulfosolkreosot Schnirer (116); Sirolin Goldmann (518); Glandulen Scognamiglio (116); Ichthyol Braden Kyle (217); Sol. Fowler und Zimmtmedication v. Stoffella (115); neues Tuberculin M. Araki (115) (32 Fälle, 15 geheilt, 10 unbeeinflusst, 4 verschlechtert, 3 gestorben); Glycerinextract der Nasenrachenschleimhaut von Schaf oder Ziege Fauvel (116). — Influenza: Phenocoll Villain (219). — Soor: Boraxglycerin, Acid. carbol. Langfred Symes (63); Natr. borat. redact. Notiz (423).

Diverse Medicamente: Protargol A. Alexander (3), H. J. Chapman (116 und 322), de Stella (323 u. 518); Phenolum natrio-sulforicinicum Baumgarten (3 u. 116); Thiol W. A. Wells (3); Tannoform Goldmann (4); Heroin Beketoff (117), Wierzbicki (117); Europhen, Oxygenwasser, Jodothyrin Isaia (322); Nosophen und Antinosin J. A. Lydston (322); Benzoinol + Resorcin L. E. Blair (322 u. 424); Dionin Heim (425), Hoff (518); Orthoform Braden Kyle (217); Pertussin Goldmann (518); 2 g Aether in Wasser bei Singultus F. W. Campbell (423); essigsaures Menthol bei Erbrechen nach Narkose J. H. Schall (325).

Nebennierenextract: Braden Kyle (217), H. L. Swain (4 und 323), J. C. Sharp (4), A. C. Wood (4), W. J. Hewes (4) [mit Cocain], E. Peters (323), W. W. Bullette (324), E. L. Vansant (324), A. G. Aldrich (324) [mit Borsäure].

Cocain: W. Köster (5), M. Mercier (5) [Contraindicationen], C. G. S. Godfrey (5) [Cocainismus], Bardet (5) [Cocain 2—4 pCt. in Aethylchlorid aufgestäubt ist weniger gefährlich als Injection und wirksamer als Aufpinselung], Bolognesie (5), Touchard (5), Milian (6) [empfehlen Bardet's Lösung],

Ceci (6) [Cocain und Morphin 0,01—0,03], Jonas (6) [Dauerlösung], Legrand (6) [Sterilisation].

β-Eucain besser als Cocain Wm. H. Poole (325).

Holocain ersetzt nicht Cocain, aber keine Contraction, keine Intoxication J. Guttmann (6). — Die Anwendung der Narcotica durch die Trachealcanüle bespricht W. M. Young (425). — Schleich'sche Anästhesie Scheppegrell (5), W. K. Mc Laughlin (325), W. Lathrop (325) [betont Gefahr des Athemstillstandes].

Intoxicationen: Cocainintoxicationen nach endolaryngealer Einspritzung von 0,3 Cocain ohne Blässe und Uebelkeit sah Herz (518). — Orthoformintoxication: Temperatursteigerung, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Uebelkeit, Erbrechen, Erythem beobachtete Albertin (4). — Jodintoxication nach 2 g J.Na. Franz (4). — Ag-Intoxication nach Aetzung des Rachens Méneau (2), Menzel (3), Schötz (410).

Instrumente: Electrische Bogenlampe zum Laryngoskopiren Lombard und Molteni (220). — Instrumentenständer für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte Goldschmidt (220). — Sterilisationsapparat für Instrumente Bronner (56).

E. Meyer.

B. Nase, Nebenhöhlen der Nase, Nasenrachenraum.

Baldewein (7) bespricht die in Hippokrates Schriften enthaltenen Capitel über Nasenpolypen und Fracturen der Nase.

Zuckerkandl (426) untersucht die Entwicklung der Concha bullosa.

Rollet (279) studirt die Wiederherstellung des Geruchs nach Schädigung des Geruchsorgans und stellt die dabei sich einfindende partielle Riechfähigkeit für gewisse Gerüche und die verbleibende Anosmie für andere Gerüche als für die Existenz einer Reihe von quantitativ verschiedenen Geruchsnerven sprechend hin. Nach Toulouse und Vaschide (279) ist das Geruchsvermögen bei Epileptikern ebenso entwickelt wie bei normalen Individuen, dagegen die Perception verringert; nach denselben Autoren (279) ermüdet der Geruchssinn von allen Sinnen am wenigsten und zwar vielleicht deshalb, weil derselbe nur während der Inspiration thätig ist, dagegen während der Exspiration ruht; schliesslich stellten sie fest (279), dass die Geruchsempfindlichkeit sich bis zum 6. Jahre entwickelt und dann abnimmt, dass dagegen das Geruchsunterscheidungsvermögen mit den Jahren zunimmt und dass der Geruchssinn der Frau früher und stärker entwickelt ist als der des Mannes. Patrik (7) fand an Personen mit Anosmie, dass die Ausbildung des Geschmacksinnes sie Dinge zu unterscheiden lehrt, die sonst von ihnen nicht erkannt würden. Nach Nique (280) muss man bei Geruchsstörungen die Geruchsschärfe quantitativ und qualitativ messen: er bespricht die Ursachen der Geruchsstörungen besonders die bei Sclerose des Mittelohrs häufig vorkommende Hyposmie. Als Ursache der angeborenen absoluten doppelseitigen Anosmie vermerkt Placzek (280) in einem bestimmten Falle als Ursache eine Entwicklungshemmung in der Gegend des Ammonshorns, vielleicht mit gleichzeitiger Atrophie des Tract. olf. Reuter (280) theilt die essentiellen Anosmien in 3 Gruppen ein.

in die nach Exstirpation von Nasenpolypen ohne Nebenhöhleneiterung zurückbleibende Anosmie, die Anosmie bei Ethmoiditis chronica und in die Anosmie bei Ozaena. Reuter (7) stellt aus der Literatur und seinen Beobachtungen die Fälle zusammen, in denen es vom klinischen Standpunkte gerechtfertigt erscheint, Alterationen des Geruchs auf Erkrankungen des Riechganglion zu beziehen. Scheinbar intranasale Geräusche beruhen nach Bergeat (8) oft auf Fortleitung von Bronchien, die catarrhalisch erkrankt und mit Schleim gefüllt sind. Moss (426) berichtet über die Bedeutung der Nasenathmung in der Kindheit.

Nach Jacob (374) kommen Verbiegungen des Septums der Nase beim Fötus vor; dieselben scheinen mit dem Vorhandensein des Jacobson'schen Organs in Verbindung zu stehen. Cordes (473) berichtet über die schleimige Metamorphose des Epithels der Drüsenausführungsgänge in der Nasenschleimhaut.

Ueber die Untersuchung der Nase giebt Zarniko (7) eine Anleitung für den praktischen Arzt. Gleason (278) bespricht die Inspection der Nasenhöhlen. Mit dem Namen Rhinoskopia externa bezeichnet Bergeat (118) die Untersuchung des Naseneingangs, speciell des Recessus nasi mit einem unter dem Nasenloch eingeführten erwärmten Spiegel. Magenau (118) theilt mit, dass die Rhinoskopia externa schon vor Bergeat von Jurasz, Spiess, Czermak ausgeführt ist und zwar unter dem Namen der Rhinoskopia anterior. In einer Erwiderung hält Bergeat (118) seine Bezeichnung aufrecht.

Ueber die Therapie der Nasenkrankheiten berichten Kamm (8), Herzog (175).

Fink (162) macht auf die Bedeutung des Schnupfens bei Kindern aufmerksam; zur Behandlung des Schnupfens liefern Beiträge Nassauer (162, 326), Bresgen (473), Wood (326), Gleason (428); über die Behandlung des Nasencatarrhs schreiben Pratt (162), Rogers (162), Summer (330), Fowler (473), Bickford (327), Lermoyez (327). Gaston (428) macht auf die Rolle der Coryza bei der Sterblichkeit syphilitischer Neugeborener aufmerksam; die Schwere dieser Affection bei kleinen Kindern liegt in der Enge der Nasenwege, deren wichtige Localbehandlung in Ausspülungen und Lufteinblasungen mit dem Politzer'schen Ballon besteht. Die Behandlung der Coryza besprechen Barton (163), Gaston (162), Red. Not. (327), Hallopeau (327), Red. Not. (327), Burton (327), Moure (428), Red. Not. (473), Millener (474). Réthi (168) empfiehlt, bei hypertrophischem Nasencatarrh die Secretion auf normale Bahnen zu leiten und die Nasenpassage wegsam zu machen. Die Formen und Behandlung der chronischen Rhinitis beschreibt Kenner (327). Ueber eitrige Secrete von der Nase schreibt Tilley (163), über eitrige Rhinitis Converse (328). Martuscelli (164) unterscheidet zwischen der Pseudo-Rhinitis caseosa, die als Begleiterscheinung von Nebenhöhleneiterungen, Fremdkörpern und zerfallenden Geschwülsten der Nase vorkommt und bei der sich alle hauptsächlichen Mikroorganismen finden, und der Rhinitis caseosa vera, deren Krankheitserreger wahrscheinlich der von Cohn als Streptothrix alba bezeichnete fadenförmige Parasit ist. Arslan (165) ist der Ansicht, dass es sich bei der Rhinitis pseudo-caseosa stets um eine durch Verlegung der Nasenhöhle bedingte Complication eitriger Processe handelt; Garello (165) steht bezüglich der käsigen Rhinitis auf demselben Standpunkt wie Arslan. Masini (475) beschreibt einen durch Streptotr.

alba erzeugten Fall von Rhinitis caseosa. Nach Morf (163) ist die Rhinitis fibrinosa in der Mehrzahl der Fälle diphtheritischer Natur, in einer Minderzahl sind bei ihr Klebs-Löffler'sche Bacillen nicht nachzuweisen, dagegen Strepto- und Staphylokokken. Wishart (330), der unter 7 Fällen fibrinöser Rhinitis 5mal Diphtheriebacillen fand, schliesst, dass Rhinit. fibrin. und Diphtheritis nicht verschiedene Krankheiten sind. Reichenbach (330) fand in 1 Falle von Rhinitis fibrinosa Diphtheriebacillen. de Stella (163) untersuchte 15 Fälle von Gonokokkenrhinitis bei Kindern und beschreibt 1 Fall. Corson (168) beschreibt einen durch Rhinitis syphilitica chronica bedingten Fall von chronischer Pachymeningitis. Red. Not. (332) giebt eine Verordnung gegen syphilitische Coryza der Kinder. Einen Fall von acuter septischer Rhinitis veröffentlicht Somers (328). Ueber Behandlung der atrophischen Rhinitis schreiben Braden Kyle (476), Moir (476). Nach Noebel und Löhnberg (476) beruhen die meisten als Ozaena imponirenden Naseneiterungen auf Erkrankungen der Keilbein- und Siebbeinhöhlen; die Therapie der Ozaena muss demnach eine chirurgische sein. Nach Cozzolino (328) ist der Bacillus mucosus der ätiologische Factor des Fötors und der Krusten bei Ozaena; dagegen liegt die Aetiologie der Knochenatrophie und der aus ihr folgenden Schleimhautatrophie in Ernährungsstörungen, die im Knochen selbst beginnen. Nach Hébert (328) secerniren die Ozaenamikroben ein lösliches Gift, das für Meerschweinchen toxisch ist. Der Ozaenaerreger ist nach Robineau (165) ein polymorpher, unbeweglicher Bacillus, bildet keine Sporen, färbt sich nicht nach Gram, hat eine fadenförmige Gestalt, in alten Culturen eine zusammengezogene. In Culturen producirt er Riechstoffe unangenehmer Natur. Morphologisch und biologisch gleicht er dem Friedländer'schen Bacillus, unterscheidet sich von ihm aber durch abgeschwächte pyogene Virulenz. George (165) hält die Ozaena für einen Symptomencomplex, der stets auf einer Eiterung im Naseninnern, am häufigsten der Nebenhöhlen beruht. Meslay und Violet (165, 328) fanden in 4 Fällen von Ozaena jedesmal die Friedländer'schen Pneumokokken. Chauveau (167) bespricht nervöse Herz- und Digestionsstörungen bei Ozaena. Desimoni (475) veröffentlicht 2 Fälle von wahrscheinlicher Ozaena-Epilepsie. Das Diphtherieserum hat nach Ostino (160) bei Ozaena nur vorübergehenden Erfolg, dasselbe gilt von der Thyreoidinbehandlung. Die Ozaena findet sich nach Meisser-Siebenmann (166) in der Regel nur bei Breitgesichtern: für das Zustandekommen des klinischen Bildes der Ozaena müssen 2 Factoren zusammenwirken, die Chamäprosopie resp. weite Nasenhöhle und die Epithelmetaplasie der Schleimhaut der Nase. Ueber Chamaeprosopie und hereditäre Lues in ihrem Verhältniss zu Platyrrhinie und Ozaena berichtet Gerber (475). Therapeutische Bemerkungen zur Ozaena machen Bommier (167, 476), Gouguenheim (167), Bruck (167), Ferrari (329), M'Bride (329), d'Ajutolo (434), Siebenmann (476).

Freudenthal (119) beschreibt einen Fall von nasaler Hydrorrhoe, von demselben Patienten legt F. (428) 120 ccm Flüssigkeit vor, die demselben aus der Nase geträufelt war. Melzi (474) beschreibt 1 Fall von nasaler Hydrorrhoe; Red. Notiz (474) giebt eine Verordnung gegen nasale Hydrorrhoe.

Spontanes Abfliessen von Cerebrospinalflüssigkeit aus der Nase beschreiben St. Clair Thomson (46), Hektoen (474), Freudenthal (474), Hull (474), Fister (428).

Gradenigo (121) glaubt an eine Disposition zum Heuschnupfen, insofern infolge besonderer Configuration der Nasenhöhlen die Pollen leicht in die oberen Regionen derselben gelangen können.

Garel (121) sieht das Heuasthma als eine Abart der Rhino-Bronchitis spastica an; er unterscheidet eine periodisch auftretende Form, das eigentliche Heufieber und eine nicht periodisch auftretende, die jeder Zeit vorkommen kann: beide Formen können sich mit richtigen asthmatischen Anfällen compliciren. Bei der Entstehung des Heuasthmas wirken nach G. zusammen nervöse Empfänglichkeit, locale Hyperexcitabilität und äussere Reize. Kurze und therapeutische Bemerkungen über Heuasthma machen Dunn (121), Castex (121), Cobb (122), Rixa (122), Wright (122), Douglass (123), Ingals und Ohls (123), Eshner (123), Wilcox (124), Mays (124), Red. Notiz (124), Hollopeter (124), Murrell (124), Smith (125), Douglas (382), Wright (382), Molinie (382), Müller (382), Clark (382), King (382), Dunn (382), Wetherby (382), Carpenter (383).

Das nasale Asthma wird nach Mc Bride (381) erzeugt durch Heufieber, Nasenpolypen, besonders kleine, hypertrophisch entzündliche Zustände und Deviation des Septum: die daraus resultirenden therapeutischen Eingriffe sind im Referat einzusehen. Cohen-Kysper (381) macht für das nasale Asthma eine Hyperästhesie der Athmungsempfindung verantwortlich, indem die Reflexe nicht von den Endausbreitungen des Vagus, sondern von dessen Centrum ausgelöst werden. Hall (120) macht eine Mittheilung über Asthma in Beziehung zu Erkrankungen der oberen Luftwege, Martin (120) über Asthma und seine Behandlung, Armstrong (123) über nasale Behandlung bei Asthma, Dunn (381) Bemerkungen über Asthma als Symptom von Harnsäure-Collämie; letzterer ist der Ansicht, dass der Harnsäurereiz auf die intranasalen Gewebe und die Bronchialschleimhaut eine gewöhnliche Ursache von Asthma ist und dass die begleitenden Nasenpolypen eine Folge der Reizung des Ethmoidalgewebes durch die Harnsäure sind. — Vgl. a. die wichtige Discussion (361).

Lacroix (119) berichtet über 1 Fall von Nasenschwindel, der nach Operation von 3 kleinen Nasenpolypen schwand.

Burrell (383) berichtet nichts Neues über Reflexneurosen in Folge von nasaler Verstopfung. — Abbate (119) beschreibt 1 Fall von Nasen-Epilepsie.

Holbrook Curtis (331) beschreibt als Rhinödem einen dem Heufieber ähnlichen ödematösen Zustand der Nasenschleimhäute, der von keinem äusseren Einflusse, wie Pollenstaub, abhängig ist, nicht zu bestimmten Zeiten periodisch auftritt, sondern Monate lang anhält. Die Schleimhaut ist schwammig, blass, mit einem bläulichen Stich, die Nase ist verstopft und wird durch Cocain nicht frei. Als Behandlung empfiehlt C. hydriatische Maassnahmen. Gradle (331) beschreibt 3 Fälle von Oedem der Nasenschleimhaut und ödematösem Verschluss der Nasenwege.

Zur nasalen Irrigation giebt Ryerson (326) eine Verordnung. Lichtwitz

(326) beschreibt als Gefahren der Nasendouche Störungen des Geruchsinnes, Kopfschmerz und Mittelohreiterung. Braden Kyle (326) schreibt über Gebrauch und Missbrauch der Douche. Shau (118) sondirt nach Cocainisirung den Ductus nasalis, indem er unterhalb der unteren Muschel in seine Mündung eingeht.

Nach Donogány (173) kommen Blutungen von dem knorpligen Septum meistens durch locale Veränderungen zu Stande, die pathologischen Charakter — Gefässerweiterung — oder embryonalen Ursprung — Corpus cavernosum — haben. Das subepitheliale Bindegewebe erschwert durch seine stärkere Entwicklung die Entstehung von Blutungen, erleichtert sie durch seine Atrophie oder sein Fehlen. Dock (169) beschreibt 1 Fall von letalem Nasenbluten mit Blutuntersuchung, da Costa (170) veröffentlicht 2 Fälle von Nasenbluten bei Typhus. Kompe (170, 333) theilt 5 Krankengeschichten von Nasenbluten als Frühsymptom der Gehirnerweichung unter Berücksichtigung der Beziehungen beider Krankheiten zur Arteriosclerose mit. Marx (170) leitete einen Abort wegen unstillbaren Nasenblutens ein. A. Rosenberg (131) schreibt über Nasenbluten bei Kindern.

Natier (171) beschreibt 3 Fälle von spontaner Blutung aus dem Septum: in einem dieser Fälle lag eine Ruptur der Art. spheno-palatina vor. Red. Not. (333) erwähnt als Ursache des Nasenblutens bei Kindern adenoide Vegetationen, Rhinitis und Trauma: vicariirende Menses, Anämie, Nephritis, Fremdkörper in der Nase. Red. Not. (333) macht Mittheilung über spontanes Nasenbluten. Goldstein (169) beschreibt 1 Fall von unstillbarem Nasenbluten bei einem Hämophilen. Compaired (479) beschreibt häufig wiederkehrendes Nasenbluten nach Verlauf eines typhösen Fiebers; als Ursache stellte sich ein Riss des inneren Zweiges der Art. spheno-palatina heraus. Fitzpatrick (479) theilt 1 Fall von schwerem Nasenbluten nach galvanokaustischer Abtragung der rechten unteren Muschel mit. Manasseh (335) schildert 1 Fall von Nasenbluten, verursacht durch einen Blutegel. Cobb (478) macht auf die Häufigkeit von Nephritis als Ursache von Nasenbluten aufmerksam und fordert in jedem Falle die Untersuchung des Urins. Kelly (478) schildert 4 Fälle von Nasenbluten aus den Ethmoidalvenen. Richmond (479) erhielt Blutung durch den Thränencanal nach Tamponade der Nase. Clevenger (479) beschreibt eine Blutung in den Conjunctivalsack durch den Ductus nasalis nach operativer Entfernung einer Spina. Zur Behandlung des Nasenblutens machen Mittheilungen Seiler (170), Myles (171), Gillette (171), Rendu (171), Cornik (171), Watson (172), Caroll (172), Raugé (172), Scheinkman (172), Roche (172), Freudenthal (172), Berini (333), Donellan (479), Shaw (480), Tudkins (480), Richards (480), Red. Not. (480), Rendu (480), Wilson (480), Frochon (480), Rendu (334), Gleason (334), Raugé (334), Red. Not. (334). Ueber Tamponade der Nase schreiben Courtade (172), Peters (172).

Seiler (427) macht darauf aufmerksam, dass seit der unmässigen Anwendung des Cocains durch Laien zu temporärer Beseitigung von Nasenverstopfung Gesichtseruptionen häufig geworden sind: so wurde Acne rosacea im Verein mit Rhinitis atrophicans, Acne punctata im Verein mit hypertrophischer Rhinitis beobachtet.

Vail (434) beschreibt einen Abscess nasalen Ursprungs.

Einen Beitrag zur Frage der Entstehung der Nasensteine liefert Meyer (126).

Fälle von Fremdkörpern in der Nase beschreiben Carrière (126), Ostino (127), Sakheew (127), Humphreys (431), Sturrock (431), Thompson (432), Tyler (431).

Lacoarret (325) berichtet über professionelle Argyrie bei Feuerwerkern; die Einathmung der Silbersalze hatte eine atrophische Rhinitis mit Schwarzfärbung der Schleimhaut herbeigeführt.

Lermoyez (380) beschreibt 1 Fall systematischer Abulie: die betreffende Patientin konnte infolge congenitaler Missbildung der Nasenmuscheln durch die Nase nicht athmen: auch nach Resection der unteren Muscheln athmete die Patientin durch den Mund. Bei Mundverschluss wird sie auch jetzt noch cyanotisch und asphyktisch: es handelt sich um ein psychisches Phänomen bei einer Hysterica. Rhéti (173) theilt die Verbildungen der Nasenscheidewand ätiologisch in traumatische, compensatorische und physiologische ein. Die Symptome betreffen Störungen der Respiration, der Sprache, des Geruchs und Geschmacks, der Augen, des Nervensystems.

Wright (375) macht Bemerkungen zur Pathologie der Nasenscheidewand. Malherbe (375) empfiehlt ein neues Verfahren zur Behandlung von Nasenscheidewandverbiegungen durch Zerstückelung. Harris (375) beschreibt 1 Fall von Nekrose des Septums. Bayard Shields (375) schreibt einen Artikel voll von Irrthümern über die Verbiegungen der Nasenscheidewand und ihre operative Behandlung. Ross (377) bespricht in einer Vorlesung über Septumdeviationen die Methoden von Bosworth, Roe, Watson, Gleason und besonders Asch. Stein (377) berichtet über 1 Fall von Displacirung der Nasenbeine und Deviation des Septums. Bönninghaus (174) reseeirt nach Krieg das knorpelige Septum, soweit es deviirt ist, von der convexen Seite aus mit Einschluss der Schleimhaut, Knorpelhaut und des deviirten Knochens. Baumgarten (174, 375) empfiehlt das Schleich'sche Verfahren bei Operationen von Septumverbiegungen und Leisten. Red. Not. (376) empfiehlt für einfache Septumverbiegungen die Bosworth'sche, für die anderen die Asch'sche Operation. Evans (376), Hamilton (376) empfiehlt bei Septumverbiegungen die Asch'sche Operation. Myles (376) operirte in 1 Falle nach Gleason. Mayer (376) hatte bei 300 Asch'schen Operationen nur 1 Recidiv. Gleason (377) empfiehlt seine Operationsmethode.

Breitung (174) bespricht die Bedeutung der elektrischen inneren Massage der Nasenschleimhaut für den practischen Arzt und ihre Technik. Fein (168) empfiehlt die Abtragung der hinteren Muschelhypertrophien mit der von ihm angegebenen Doppelscheere. Ostmann (168) combinirt die Anwendung des Galvanokauters und der kalten Schlinge bei Entfernung der hinteren Hypertrophien der unteren Muscheln. Stuckey (330) empfiehlt für die Operation der Fälle, in denen mit der Schleimhaut auch Knochen der Muscheln entfernt werden müssen, die Holmes'sche Scheere. Pynchon (432) entfernt einen Theil der erkrankten mittleren Muschel mit einer geschützten Trephine, die abhängige Partie nimmt er mit der Nasenscheere und der kalten Schlinge fort. Polyák (477) berichtet eingehend über die Behandlung der Nasenmuschelhypertrophien. Bruck (168) empfiehlt zur Abtragung der Verdickungen der Nasenschleimhaut protrahirte Ab-

schnürung mit der kalten schneidenden Schlinge. Prince (330) entfernt aus der hypertrophischen Nasenmuschel Stücke aus der ganzen Länge derselben mit der Zange. Berini (330) bespricht die beiderseitige Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln und ihre reflexive Einwirkung auf den Magen. Price Brown (378) empfiehlt $^2/_8$ Zoll dicke Gummischienen zum Einlegen in die Nase nach intranasalen Operationen. Stucky (432) bespricht die Chirurgie der Nasenmuscheln. Woolen (432) bespricht einige Indicationen intranasaler Chirurgie. Richards (433) zählt aus der kleinen Chirurgie der Nase und des Halses eine Reihe von Eingriffen auf, die der allgemeine Practiker selbst leicht ausüben kann.

Preindlsberger (119) bespricht 2 Fälle von Rhinoplastik nach von Hacker. Urbanowitsch (119) ersetzte die Nasenflügel aus der Wange. Berger (427) operirte 4 Fälle nach Tagliacozzi; zur Erleichterung der Fixation des Armes am Kopfe hat er besondere Apparate construirt.

Laton (433) berichtet nichts Neues über einige Missbräuche in der Nasenchirurgie. Crainton (432) empfiehlt den Gebrauch des Galvanokauters in der operativen Behandlung von Nase und Hals dem Practiker. Mullen (434) mahnt zur Vorsicht beim Gebrauch des Galvanokauters in der Nase. Nach Roy (433) wird Spray und Galvanokaustik zu oft und zu kritiklos angewendet. Kyle (377) empfiehlt die Asch'sche Operation, desgleichen Booth (377).

Cox (378) berichtet nichts Neues über die Diagnose der gewöhnlicheren Formen der Nasenverstopfung. Hamilton (378) berichtet über 1 Fall von Nasenstenose bei einem Kinde mit hereditärer Lues. Lim Boom Keng (335) beschreibt einen Fall von Nasenverstopfung durch einen Blutegel. Bock (167) empfiehlt die Elektrolyse zur Beseitigung von Difformitäten des Septums.

Barrago-Ciarella (520) schildert eigenartige Gebilde, die er mehrfach in Nasenpolypen fand; er hält sie für Parasiten, ohne indess ihre parasitäre Natur zu erweisen. Grosse Nasenpolypen beschreiben Rimscha (221), Coston (221), Muckerji (520). Loeb (521) entfernte 107 Polypen in einer Sitzung mit der Loeb'schen Glühschlinge. Albertin (429) musste bei einem Kranken wegen eines umfangreichen Polypen die Aussenwand der Nase nach Ollier umklappen. Royet (429) entfernte einen Nasenpolypen, in dessen Centrum sich ein nadelförmiges Stück von echtem Knochen befand. Breitung (221) schildert einen schweren Collaps nach Nasenpolypenoperation bei einem 50jährigen Arteriosclerotischen. Sinolencki (520) schildert 1 Fall von ungewöhnlich grossen und multiplen Nasenpolypen.

Fälle von Nasencysten theilen mit Cisneros (221), Caro (221), Hamilton (221). Newcomb (521) beschreibt eine knöcherne Cyste in der mittleren Muschel. Schlagenhaufer (8) berichtet über 1 Fall von cystischer Entartung der Schleimhaut der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Hasslauer (519) berichtet über 281 Fälle von Tumoren der Nasenscheidewand mit Ausschluss der bösartigen Neubildungen. Cormes (431) schildert 2 Fälle von Nasengeschwülsten, bei denen der klinische Befund und die mikroskopische Untersuchung irreführten. Martuscelli (222, 429) beschreibt ein einfaches Angiom der Nasenhöhle. Casselberry (520) schildert den blutenden Septumpolypen: derselbe sitzt am vorderen Theile des Septum, ist erbsen- bis hasel-

nussgross. Grössere Tumoren an dieser Stelle sind suspect auf Sarcom. Eine Neigung zu Recidiven besteht nicht. Coomes (222) beschreibt grosse vasculäre Tumoren der Nase und des Pharynx. Rivière (430) theilt 1 Fall von Osteomen der Nasenhöhlen mit. Reale (520) berichtet über ein Papillom der Regio vestibularis der Nase. Kaposi (118) beschreibt ein Granuloma nasi.

Gourdat (430) liefert einen Beitrag zum Studium der malignen Geschwülste und der tuberculösen Pseudo-Neubildungen der Nasenhöhle. Fälle von malignen Tumoren der Nase führen an Sendziak (221), Pluder (222), Tschlenow (222), Heidingsfeld (224), Bronner (224), Eliot jr. (224), Freiberg (224), Pozzi (224), Shelmire (431), Harris (521), Baker (222), Kongert (522), Eiler (375), Frémont und Demerlink (478), Day (224), Wright (225), Boudin (223), Kanasagi (223), Martin (223), Harris (223), Lederman (223). Martuscelli (223) hat beobachtet, dass Sarcome der Nasenhöhle gutartiger sind als die anderer Körperregionen und dass sie geringe Neigung zu Recidiven haben; als Grund hierfür giebt er an, dass diese Sarcome infolge langsamer Transformation aus den gewöhnlichen Nasenpolypen entstehen; diese gutartigen Sarcome sind aber in der That Endotheliome, d. h. Tumoren, deren Ursprung von dem Endothel der Lymphgefässe oder Blutcapillaren sich verfolgen lässt. Daneben kommen in der Nase auch Sarcome vor, die sich durch rapides Wachsthum Uebergreifen auf die Knochen, letalen Verlauf als maligne kennzeichnen.

Nach Wertheim (433) kann Infection nach Operationen der Nase local sein, d. h. beschränkt auf das Operationsfeld oder allgemein, indem die Bacterien sich durch die Lymphbahnen und Blutgefässe verbreiten. Die Eingriffe müssen aseptisch vorgenommen werden, da die Gefahr in der Einbringung von Keimen von aussen her liegt; die in der Nase befindlichen Mikroorganismen sind gewöhnlich infolge der natürlichen Schutzvorrichtungen der Nase unschädlich. Pantzer (433) berichtet über 1 Fall von Septikämie nach einer Colotomie; er will nasale Complicationen bei 30 pCt. seiner operirten Fälle beobachtet haben.

E. u. G. W. Wende (427) besprechen das Rhinophym: die Erkrankung begann in dem vorliegenden Falle mit einem Erythem, es folgte eine dauernde Hyperämie der fibrösen Gewebe und schliesslich eine erhebliche Hypertrophie. Als Ursache sehen die Verf. den reichlichen Biergenuss an. Rille (118) operirte in 1 Fall von Rhinophym mit Keil- und Flachexcisionen.

Rona (225) schildert an der Hand von 16 Fällen von Rhinosclerom die Verbreitungsverhältnisse desselben in Ungarn; das Rhinosclerom ist nach R. eine endemische Krankheit wie die Lepra; Ungarn nimmt unter den Staaten den vierten Platz in Bezug auf das Vorkommen des Rhinoscleroms ein und stellt demnach ein Rhinosclerongebiet dar. Bunzl-Federn (225) veröffentlicht 1 Fall von Rhino-Laryngo-Trachealsclerom mit bacteriologisch und mikroskopisch positivem Befund, das mit Curettage und Intubation behandelt wurde. Róna (521) giebt ferner an, dass in 1 Falle das Rhinosclerom von hochgradiger regionärer Lymphdrüsenschwellung begleitet war, dass die mikroskopische Untersuchung dieser Lymphdrüsen einen subacuten entzündlichen Process gezeigt hat und dass die Lymphdrüsen Lymphe enthielten, welche üppige Sclerombacillenculturen ergaben. Lehrmann (522) beschreibt 1 Fall von Rhinosclerom, der durch Carcinom com-

plicirt war. Gerber (522) berichtet über 10 Fälle von Sclerom, insbesondere in Ostpreussen, von denen nur einer ein typisches Rhinosclerom war, die anderen in der Nase nur unwesentliche Veränderungen und die eigentliche Localisation der Krankheit im Kehlkopf zeigten. G. hält das Sclerom der Athemwege für eine nicht seltene, sich ausbreitende Infectionskrankheit, gegen die prophylactische Maassnahmen geboten sind. Baurowicz (522) schildert das Sclerom auf Grund der Beobachtung von 100 Fällen. Nymola (430) beschreibt 1 Fall von Rhinosclerom der Nase und des Kehlkopfes.

Cheatham (279) macht eine Mittheilung über Hygiene der Nase. Stein (426) berichtet nichts Neues zur Hygiene der Nase.

Kopfschmerzen aus nasalen Ursachen besprechen Thompson (125), White (125), Conachie (125), Jersey (125), Parmentier (125), Hajek (126), Red. Not. (126), Vansant (126), Donovan (381).

Ball (120) beschreibt paroxysmales Niesen und verwandte Affectionen. Wells (120) einen Fall von ausserordentlich häufigem und lange anhaltendem paroxysmalem Niesen; die Heilung erfolgte durch galvanokaustische Aetzung der Muscheln. Sogenannte sternutatogene Zonen — Nieszonen — beschreibt Bordier (119).

Braden Kyle (7) stellte 200 Impfungen mit Nasenbacterien an: nur wo in der Nase Secrete und Staub sich anhäufen, wo die Widerstandskraft der Gewebe herabgesetzt ist, da bilden die veränderten und aufgehäuften Secrete den geeigneten Boden für die Wucherung der Bacterien. Nach Monari (161) ist die Zahl der in der Nase enthaltenen Keime gering; sie fehlen aber nie ganz, finden sich in den vorderen Regionen der Nase zahlreicher als in den hinteren; die pathogenen Mikroorganismen nehmen unter ihnen einen sehr geringfügigen Raum ein. Dunn (161) bemerkte auf Chromsäureätzschorfen, die er am Septum machte, Rasen von Aspergillus glaucus. Simoni (161) untersuchte 40 Personen — 10 mit gesunder, 30 mit catarrhalisch afficirter Nasenschleimhaut — bacteriologisch: er fand bei 3 Gesunden und 18 an chronischem Nasencatarrh Leidenden Pseudo-Diphtheriebacillen. Viollet (426) impfte Tuberkelbacillen in die Nasenhöhle von Meerschweinchen; diese starben 4—5 Wochen später an tuberculöser Infection: der Nasenschleim enthielt Koch'sche Bacillen. Niel (332) liefert einen Beitrag zum Studium der Aspergillose der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Hodara (427) giebt eine Verordnung zur Behandlung der subnasalen Sycosis. In einem Falle von chronisch-catarrhalischer Rhinitis fand Stein (331) im Ausfluss den Streptococcus erysipelatis. Aguilo (331), Stein (429) beschreiben Fälle von Erysipel der Nase. Losew (8) veröffentlicht einen Fall von Septicopyämie in Folge von Nekrose der Knochen der Nasenhöhle.

Görke (169) untersuchte einen tuberculösen Nasentumor, der in der Nähe der Riesenzellen und innerhalb derselben eigenthümliche Gebilde von verschiedener Gestalt zeigte, die sich als Kalk und Elacin — letzteres ein Degenerationsproduct des Elastins — herausstellten; die Tuberkelbacillen fanden sich spärlich; der Bacillenbefund ist differentialdiagnostich entscheidend gegenüber der Fremdkörperchentuberculose und den syphilitischen Granulomen. Prota

(478) beschreibt ein Fall von vegetativer Tuberculose der Nase. Preysing (519) veröffentlicht einen Fall von Tuberculom der Nasenscheidewand.

Hollaender (169) empfiehlt zur Beseitigung des Nasenlupus seine Methode der Heissluftcauterisation, bei der das lupöse Gewebe modificirt wird, während das gesunde leben bleibt. Hellat (332) heilte 1 Fall von Lupus der Nase mittelst Galvanokaustik. Duret (427) berichtet über Wiederherstellung von Nasenöffnungen, die durch lupöses Narbengewebe zur Obliteration gebracht sind.

Pairier (169) beschreibt einen syphilitischen Nasenschanker. Red. Not. (332) berichtet nichts Neues über Syphilis der Nase und des Schlundes. Red. Not. (332) giebt eine Verordnung gegen syphilitische Coryza der Kinder. Gilbert (332) unterscheidet bei der tertiären Syphilis der Nasennebenhöhlen die nasale Form, die begrenzt bleibt und deren Prognose relativ günstig ist und die orbito-cerebrale Form, die mit mehr oder weniger schweren Gehirncomplicationen einhergeht; die tertiäre Syphilis der Nasennebenhöhlen ist selten primär, es gehen fast stets gummöse Knochenerkrankungen der Nasenhöhle voraus. Ueber Syphilis der Nase machen Mittheilungen Brown (477), Brenholtz (478), Foucher (478), Wood (478).

Ueber typöse Geschwüre der Nase berichten Bernard und Pehn (332, 428).

Leuten mit hypertrophischer Rhinitis, die Raucher sind, empfiehlt Dicken (329) den Rauch durch die Nase zu blasen. Ueber die enge Beziehung zwischen Nase und Schädelhöhle als Ursache von Gehirnerkrankung schreibt Kraus (9). Den Zusammenhang der Nasen- und Ohrenerkrankungen besprechen Milligan (9), Red. Notiz (9). Nasenerkrankungen als ursächliche Factoren für Augenerkrankungen behandeln Mc Kimmie (8), Grant (174), Rischawy (9), Scheff (523), Elliot (477). Ueber Schilddrüsenmetastasen in der Nasenhöhle schreibt Harmer (222).

Haag (379) berichtet über Gesichtsschädelform, Aetiologie und Therapie der angeborenen Choanalatresie, Morf (379) über einen Fall von angeborenem Choanenverschluss, desgleichen Pluder (378), Ullmann (380), Crull (380) über je 1 Fall. Flatau (433) resecirte bei Operation des knöchernen Choanenverschlusses zuerst die untere Muschel und meisselte dann, unter Digitalcontrolle vom Nasenrachenraum her, die Knochenplatte, die die eine Choane verschloss, durch. Rule Fritts (378) berichtet über 2 Fälle von Verschluss der hinteren Nase.

Preiswerk (435) liefert Beiträge zur Corrosionsanatomie der pneumatischen Gesichtshöhlen. Buys (281) giebt eine Beschreibung der Anatomie und Pathologie der Gesichtshöhlen an der Hand von in Müller'scher Flüssigkeit erhärteten, decalcinirten und mit dem Rasirmesser geschnittenen Präparaten. Nach Pelaez Villegas (523) ist die Anordnung der Ethmoidalzellen eine sehr wechselnde und daher auch die Topographie der zu den verschiedenen Nebenhöhlen führenden Eingangsöffnungen keine reguläre. Er schlägt vor, die bisherige Eintheilung der Siebbeinzellen in vordere und hintere fallen zu lassen. — Lapalle (281) giebt eine statistische Uebersicht über 169 Sectionen der Gesichtshöhlen.

Jacques (282) beschreibt Nebenhöhlenentzündungen mit Befund von Coli-

bacillen. Jacques (282) schildert die latenten Nebenhöhlentzündungen, für die er die Radicaloperation, d. h. weite, möglichst frühzeitige Eröffnung vorschlägt. Stout (285) veröffentlicht 7 Fälle von chronischem Empyem der Nebenhöhlen der Nase. Die negative Luftdouche empfiehlt Rhéti (435) als diagnostisches Hilfsmittel bei Nebenhöhleneiterung. Bean (436) giebt eine kurze Uebersicht über Symptomatologie und Diagnose der eitrigen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. Snow (524) meint, dass Kopfschmerz in 75 pCt. der Fälle auf Nebenhöhlenerkrankung zurückzuführen ist. Dombrowski (525) beschreibt die Methode der Probepunktion der verschiedenen Nasennebenhöhlen. Shadle (15) behandelt die Aetiologie und Diagnose des Empyems der Nasennebenhöhlen. Veis (15) bespricht die Nebenhöhleneiterungen in ihrer Wichtigkeit für den praktischen Arzt. Betts (15) bespricht eitrige Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. Seifert (15) braucht zur Diagnose der acuten und chronischen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase das negative Politzer'sche Verfahren. Greiffenhagen (15) schreibt über Nebenhöhlenempyeme und ihre Folgekrankheiten. Lichtwitz (15) bespricht an 149 Fällen die Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase und ihre Folgezustände in anderen Körpertheilen. Stout (16) berichtet über 7 Fälle von chronischem Empyem der Nasennebenhöhlen, auch bespricht er die verschiedenen Operationsmethoden und meint, dass viele Fälle von Stirn- und Kieferhöhlenentzündung durch Paracentese von der Nase aus heilbar sind. Braden Kyle (281) behandelt die Beziehungen der Nase und Nebenhöhlen zu Zahnläsionen. Bryan (281) legt dar, dass Affectionen der Stirnhöhlen sich oft mit reflectorischen Augenstörungen compliciren. Abscesse der Orbita sind meist Folgen der Ausdehnung von Entzündungsvorgängen einer der Nebenhöhlen, besonders der Stirnhöhle. Boucher (523) berichtet über Nasennebenhöhlen- und Mittelohrcomplicationen bei Grippe, Tanturri (285) betont den Zusammenhang zwischen den Tumoren der Highmorshöhle und der Nasenhöhle: derselbe ist besonders bei den Carcinomen vorhanden, die sich mit Vorliebe im Drüsengewebe der Antrumschleimhaut entwickeln.

Nach Pearce (12) ist Infection der Kieferhöhlen in manchen Fällen von Scharlach und Diphtherie gewöhnlich; im Eiter findet man Diphtheriebacillen, Eiterkokken und Pneumoniekokken. Straight (286) berichtet über 1 Fall von doppelseitiger Kieferhöhlenerkrankung. Ohls (286) empfiehlt bei Antrumempyem die von Vausant angegebene Heissluftmethode. Nach Schultz (286) geht die Entzündung der Schleimhaut der Kieferhöhle nicht immer in Empyem aus; die Symptome bestehen dann in Schmerzen, Hyperpyrexie und Schwellung. Hennebert (286) behandelte ein Empyem der Oberkieferhöhle mit Trepanation von der Fossa canina, Auslöffelung und Cauterisation mit Cl Zn. Harris (286) beschreibt 1 Fall von Erkrankung der Kieferhöhlen. Bolkenius (286) stellt die einschlägigen Behandlungsmethoden bei Empyem der Kieferhöhle zusammen. Dresel (286) veröffentlicht 45 Fälle von Kieferhöhlenempyemen, welche von der Fossa canina oder vom Alveolarfortsatz aus operirt wurden; es kamen 26,09 pCt. zur Heilung. Thomsen (287) berichtet über 1 Fall von Kieferhöhlenempyem. Grünwald (287) berichtet über 106 Erkrankungen der Kieferhöhle; für die Heilbarkeit des Einzelfalles fällt nach G. ins Gewicht: Die bisherige Dauer der

Erkrankung, die Art des Secrets, die Befunde innerhalb der Nase und an den Zähnen. Koerner (287) beschreibt ein Instrument, mit dem er das Antrum zu diagnostischen Zwecken anbohrt und ev. ausspült. Spiess (287) schildert einen Sequester in Alveolarfortsatz nach Anbohrung der Oberkieferhöhle. Curtis (287) beschreibt 2 Röntgenaufnahmen von Kieferhöhlen mit Hineinragen von Zähnen, und eine Red. Not. (435) einen von Baudoin veröffentlichten Fall von Osteoperiostitis der Orbita nach Kieferhöhlenentzündung. Moskowski (523) züchtete aus Eiter eines acuten Empyems der Highmorshöhle Influenzabacillen. Hercog (524) liefert einen Beitrag zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie des acuten Empyems der Highmorshöhle. Warnecke (525) heilte 11 Fälle von chronischem Empyem der Higmorshöhle durch Operation vom unteren Nasengange aus nach dem Krause-Friedländer'schen Verfahren. Tommasi (525) berichtet über 5 Fälle von chronischen Oberkieferhöhlen-Empyemen, die er nach der Methode von Krause operirte. Foucher (13) berichtet über acute Entzündung der Highmorshöhle. Wroblewski (13) beschreibt 5 Fälle von Empyem der Oberkieferhöhle, und Jakoby (13) 1 Fall von Highmorshöhlenempyem mit Abstossung eines grossen Stückes des Alveolarfortsatzes. Arnold (13) heilte ein Highmorshöhlenempyem nach Beseitigung einer gleichzeitig bestehenden Dakryocystitis. Körner (13) berichtet über zufällige Eröffnung der Kieferhöhle bei Zahnextractionen. Weiser (14) empfiehlt, den erweiterten Wurzelkanal eines Zahnes zur Irrigation eines Antrum zu benutzen. Cline (286) bespricht 150 Erkrankungen der Higmorshöhle. Wroblewski (524) hält die Probepunction bei acutem Kieferhöhlenempyem für unnöthig; dagegen erscheint ihm die Durchleuchtung maassgebend. Therapeutisch ist er bei allen acuten Empyemen mit warmen Umschlägen, Jodkali und entsprechender Allgemeinbehandlung zum Ziele gelangt. Auch nach Avellis (524) heilen acute Kieferhöhlenempyeme in der Regel spontan; dagegen ist bei den käsigen Empyemen gewöhnlich eine Ausspülung nöthig. Milligan (525) berichtet über Empyem der Kieferhöhle. Meyjes (525) operirt Kieferhöhlenempyeme nach Luc. Goris (288) beschreibt die Auslöffelung einer Gesichtshälfte wegen Carcinoms des Oberkiefers und des Siebbeins. Rhéti (436) beschreibt 1 Fall von Tuberculose der Kieferhöhle. v. Hacker (14) resecirte wegen eines von der Highmorshöhle ausgehenden Sarkoms den linken Oberkiefer und ersetzte den harten Gaumen durch Drehung der Nasenscheidewand. Struycken (526) macht eine Mittheilung über Neubildungen in der Highmorshöhle. Richardson (120) beobachtete zwei Fälle von Antrumabscess mit asthmatischen Erscheinungen, bei denen das Asthma durch Entleerung des Eiters aus der Kieferhöhle gebessert wurde.

de Schweinitz (11) operirte eine Fistel der Orbita nach Erkrankung der lacrymalen Partie der Siebbeinzellen von aussen mit Drainirung durch die Nase. Summer (435) schreibt über Siebbein- und Nasencatarrh. Gradenigo (285) berichtet über 1 Fall von chronischem Siebbeinempyem. Gage (11) macht eine Mittheilung über Ethmoiditis: nach recidivirender Coryza tritt cystische Degeneration und Vergrösserung der mittleren Muschel auf, welche zu Schleimhauthyperplasie und polypoider Degeneration an dieser Stelle führt; als deren Folge tritt Behinderung des Secretabflusses aus dem Sinus ein und es bildet sich eine

Retentionscyste, deren Inhalt den Knochen zur Eierschalencyste ausdehnt. Noyes (12) beschreibt 3 Fälle von Ethmoiditis.

Valude (282) veröffentlicht 1 Fall von cystischer Erweiterung der Stirnhöhle. Martin (283) beschreibt 1 Fall von Empyem der Stirnhöhle mit Orbitalabscess. Gibson (10) theilt 1 Fall von Empyem der Stirnhöhlen mit intracranieller Infection mit. Downie (10), Pfingst (10), Fehleisen (10), Knapp (10), Martin (11) beschreiben Fälle von Stirnhöhlenerkrankungen. Kenny (11) schildert im Anschluss an einen Fall Golovine's eine osteoplastische Operation an der Stirnhöhle. Dennis (11) theilt einige Fälle von Empyem der Stirn- und Siebbeinhöhlen mit nachfolgender Geschwulstbildung mit. Potherat (282) giebt das Photogramm und die Röntgonabbildung eines Kranken, der eine Protuberanz an der Stirn, bedingt durch Hypertrophie der Stirnhöhlenwand zeigte. Coppez (282) beschreibt 1 Fall von Osteom der Stirnhöhle. Swain (435) bespricht die acute Stirnhöhlenentzündung. Gouly (283) diagnosticirt Stirnhöhlenempyem, wenn frontale und orbitale Schmerzen bestehen, im mittleren Nasengang sich Eiter vorfindet und die electrische Durchleuchtung Verdunkelung der Stirnhöhlengegend ergiebt. Gerber (523) beschreibt ein Doppeldiaphanoskop zur Durchleuchtung der Stirnhöhlen. Jacqueau (283) beobachtete plötzlichen Exophthalmus als Symptom einer acuten Stirnhöhlenentzündung. Varian (436) bespricht 1 Fall von Stirnhöhlenentzündung und Otitis media als Complication von Influenza. Burnett (285) berichtet über 1 Sarcom der Stirn- und Siebbeinhöhlen. Spiess (284) bohrte in 8 Fällen die erkrankte Stirnhöhle von der Nase aus an und zwar unter Controle des Weges des Bohrcanals mittelst Röntgenstrahlen während der Operation. Barth (284) schildert die Technik der Operation des Stirnhöhlenempyems. Klemm (284) machte bei 2 Patienten wegen Stirnhöhleneiterung die Radicaloperation. Grunert (284) beschreibt eine neue Methode der Plastik nach der Totalaufmeisselung der Stirnhöhle wegen Empyems. Lang (523) demonstrirt einen Stirnbeinsequester; die luetische Nekrose hatte auch die Lamina vitrea erfasst, so dass die Pulsation des Gehirns wahrnehmbar war.

Bei Behandlung von Keilbeinhöhlenerkrankungen infrangirt und drängt Cordes (12) die mittlere Muschel seitwärts; event. muss der vordere Theil der mittleren Muschel entfernt werden. Zur Eröffnung der Höhle benutzt C. ein dem Schötz-Krause'schen Doppelmeissel ähnliches Instrument. Nissle (12) bespricht die Erkrankungen der Keilbeinhöhle. Shambaugh (12) beschreibt ein chronisches Empyem der Keilbeinhöhle ohne Betheiligung des benachbarten Sinus. Bei einem Manne, dem ein Steinstück in die linke Augenhöhle gedrungen war, constatirten Wilhelm und Jacques (284) nach dem Trauma der inneren Orbitalwand eine catarrhalische Entzündung der Keilbeinhöhle. Jacob (436) catheterisirt die Keilbeinhöhle so: er folgt mit dem Catheter der oberen Wand der Nasenhöhle und dreht dann den Schnabel leicht nach aussen; er geht von dem Factum aus, dass das Orificium der Keilbeinhöhle oben im Recessus spheno-ethmoidalis und nicht in den seitlichen Partien der Nasenhöhle liegt.

Je weiter die Entfernung zwischen dem weichen Gaumen und dem Pharynx ist, um so sicherer findet man nach Lennox Browne (436) post-nasale Störungen. Rhinitis atroph. ist verbunden mit übermässigem Offenstehen des Ori-

ficium und Vestibulum nasi, der Nasenhöhlen und des naso-pharyngealen Gewölbes. Stawell (227) constatirte häufig Verdauungsstörungen bei bestehender Nasopharyngitis der Kinder. Aviragnet (437) giebt eine Verordnung gegen die mit chronischer Nasenrachenentzündung einhergehenden dyspeptischen Störungen. Red. Notiz (227) giebt Verordnungen gegen Nasenrachenraumentzündung. Krilitschewski (227) fand Vergrösserung der Milz in Folge von chronischem Nasenrachencatarrh. Jacobi (227) giebt eine Verordnung gegen chronischen Rachencatarrh, desgleichen Harris (227) und Hawley (228). Fischer (228), Birkett (228) beschreiben je einen Fremdkörper im Nasenrachenraum. Thorner (228, 229), Gibb Wishart (229) entfernten grosse Nasenrachenpolypen, Moore (229) exstirpirte eine Nasenrachenraumgeschwulst nach osteoplastischer Resection des Oberkiefers. Rueda (229) exstirpirt Nasenrachenpolypen mit Seiden- und Platinschlingen. Naab (229) schildert die chirurgische Behandlung der Nasenrachenfibrome nach 11 von Czerny operirten Fällen. Preindlsberger (230) theilt 2 Fälle von Nasenrachenfibromen mit und bespricht die Operationsmethoden dieser Tumoren. Ingals (437) veröffentlicht einen Fall von fibrösem Tumor des Nasenrachenraums. Hopmann (230) beschreibt einen Fall von Operation eines harten Schädelbasisfibroms ohne präliminare Operation; er spricht sich gegen die Spaltung des Velum als Voroperation aus und betont die Möglichkeit, selbst umfangreiche Recidive harter Basisfibrome ohne Voreingriffe auszurotten. Hirschl (230) demonstrirte ein Präparat von Carcinoma cylindromatosum, das von den Schleimdrüsen des Schlundgewebes ausgehend, sich in die mittlere, hintere und vordere Schädelgrube ausgebreitet hatte. Braden Kyle und Gleason (228) stellen je 1 Fall von Syphilis des Nasenrachenraumes vor. Donnellan (228) beschreibt einen Fall von hereditärer Syphilis des Nasenrachenraums zur Zeit der Pubertät.

Luzzatto (383) untersuchte 34 Rachentonsillen auf Mikroorganismen; 12 mal fanden sich Kokken und Bakterien auf der Aussenfläche, nie im Gewebe. Der Tuberkelbacillus wurde in keinem Schnitte gefunden, dagegen zeigten 2 Präparate deutliche histologische Merkmale von Tuberculose. Calamida (383) hat in 45 Rachentonsillen constant die von Russel „fuchsinophile Körperchen" genannten und von Sanfelice als Blastomyceten gedeuteten Gebilde gefunden.

Hagedorn (64) kennzeichnet den sog. adenoiden Habitus. Hopmann (64) schreibt über die adenoiden Tumoren als Theilerscheinung der Hyperplasie des lymphatischen Rachenrings und ihre Beziehungen zum übrigen Körper. Straight (64) bespricht einige nicht allgemein gewürdigte Punkte betreffend die adenoiden Wucherungen. Blanks (67) berichtet über adenoide Wucherungen im Rachengewölbe. Hamilton (67) entfernte eine grosse postnasale Adenoidgeschwulst. Rimscha (67) demonstrirt adenoide Vegetationen von besonderer Grösse. Engelmann (68) demonstrirte ein 10jähriges Kind mit adenoiden Wucherungen, die besonders hinter der Uvula hervorragen und dabei die Athmung nicht behindern. Smith (68) glaubt, dass in allen Fällen von gewöhnlichem Croup eine Hyperplasie der Rachentonsille besteht. Lee Feldt (70) macht die Practiker auf die Bedeutung der Adenoiden aufmerksam. Dawbarn (71) empfiehlt, Kinder an den Fingern saugen zu lassen, da sie dann leichter durch die Nase athmen. D.

operirt unter Chloroform am hängenden Kopf. Mc Kinney (71) giebt eine allgemeine Uebersicht über die Affection der Rachentonsillenhypertrophie; er operirt unter Chloroform mit dem Gottstein'schen Messer. Reynolds (71) operirt Adenoide ohne Narkose; nach ihm sind Mundknebel und Zeigefinger die geeignetsten Instrumente. Pynchon (70) unterscheidet 2 Formen von adenoidem Gewebe, das eine gefässreich und reich an Lymphfollikeln, das andere fester, bindegewebsreicher. P. operirt am sitzenden Patienten unter Bromäthylnarkose.

Gorham (386) schreibt über Adenoidgeschwülste im Nasenrachenraum. Garten (387) mahnt eindringlich, die Adenoiden zu beachten und zu entfernen. Arslan (384) berichtet über 1800 Fälle von adenoiden Tumoren. Grosses Gewicht legt er auf die Beachtung des Nasenrachenraums bei Otitis. In 10 Fällen führt er die Symptome der Basedow'schen Krankheit auf Adenoide zurück; bei 5 davon gingen die Erscheinungen dieser Krankheit nach Entfernung der Vegetationen ganz zurück. Ein Fall von Jackson'scher Epilepsie bei einem 7jährigen Kinde wurde durch Adenotomie geheilt. Zur Narkose braucht er meist Bromäthyl. Garbini (384) berichtet über die Hypertrophie der pharyngealen Tonsillen in den Provinzen von Messina und Reggio Calabria. Leland (384) stellt die Ursachen der gestörten Nasenathmung zusammen; nach Entfernung der Adenoiden unter Aethernarkose treten bei ihm 3—4 pCt. Recidive ein. Struckmann (480) fand bei 650 Schulkindern zu Nestoed (Dänemark) 30 pCt. Adenoide. Lalatta-Parma (481) fand bei der Untersuchung von 2657 Patienten 64 mit Adenoiden, d. i. nur 2,4 pCt. Lapsley (482) berichtet über nasale Verstopfung durch Adenoide. Cobbladick (482) bespricht 1668 Fälle von adenoiden Vegetationen, ihre Procentverhältnisse nach dem Alter, die Symptome und Begleiterscheinungen, sowie die Operationsmethode. Nach Red. Not. (66) besteht ein Zusammenhang zwischen den Adenoiden und der Tuberculose; die Verhütung der Adenoiden deckt sich daher im Allgemeinen mit der Prophylaxe der Tuberculose. Für die Entstehung der Halslymphome kommt nach Jessen (65) fast immer die Rachentonsille in Betracht; in zweiter Linie stehen die Gaumentonsillen und weiterhin cariöse Zähne als Eingangspforten für die Schwellung, und wenn es sich um Tuberculose handelt, Verkäsung der Halslymphdrüsen; also Entfernung der adenoiden Vegetationen. Desimoni (385) steht auf dem Standpunkt Hertoghe's, dass Myxödem und Adenoidismus Abarten einer auf „Thyreoidarmuth" beruhenden Grundkrankheit sind. Nach Parmentier (385) schwanden bei Adenoiden entfernte Symptome, wie Schwächegefühl, Kopfweh, Appetitlosigkeit, Verdauungsbeschwerden, nach Operation derselben.

Guye (429) giebt einen historischen Ueberblick über die Aprosexia nasalis: er widerlegt die Meinung von Schutter, der die Aprosexie als Folge verlangsamter Circulation in Cranio durch die oberflächliche Athmung der Mundathmer auffasst: von Zarniko, der die Aprosexie als eine Form der nasalen Neurasthenie betrachtet; von Stephan Titeff, welcher die Aprosexie auf Rechnung der von den Adenoiden bedingten Schwerhörigkeit schreibt; von Walker Downie, der das Leiden auf mehr psychologischem Wege erklärt, indem er annimmt, dass die oberflächliche Athmung das für die Aufmerksamkeit nothwendige Anhalten des Athems verbietet und dadurch Ursache von Aprosexie werden kann.

Munger (70) berichtet über lymphoide Hypertrophie des Rachengewölbes. Cuvillier (66) untersuchte 100 Kinderleichen: in 36 pCt. fand er ein Hervortreten der Luschka'schen Tonsille. Bei 64 Säuglingen beobachtete er Adenoide; bei diesen zeigten sich Störungen von Seiten der Respiration und der Ernährung: beide wirken zusammen, um eine charakteristische Cachexie hervorzurufen, die „Cachexie adénoidienne". Thomas (67) berichtet über 3 Fälle von Adenoiden bei Neugeborenen. Red. Not. (386) empfiehlt bei Adenoiden der Kinder rasche Entfernung. Ryland (71) entfernte bei einem Kinde von 14 Monaten, das feste Nahrung verweigert hatte, Adenoide mit der Thompson'schen Zange, Thomas (72) entfernt bei Kindern mit nach oben und hinten gerichteten Zangen das adenoide Gewebe in 3 Sitzungen.

Courtade (65) nimmt nach Gallois neben echten Adenoiden ohne Drüsenschwellung solche an, die alle Zeichen der Scrophulose darbieten. Gouguenheim (167) bekämpft die Vermengung von Adenoiden und Scrophulose; beide Affectionen sind absolut verschieden.

Francis (68) heilte 4 Fälle von Petit mal durch Entfernung von Adenoiden.

Ball (71) bespricht die Indicationen für die Operationen der Adenoiden. Hartmann (71) operirt Adenoide mit dem Lindt'schen Gaumenhaken unter directer Beleuchtung mit seiner geraden Zange. Mayer (71) empfiehlt nach der Operation von Adenoiden 24 Stunden Bettruhe; er warnt vor der Operation bei entzündlichen Erkrankungen des Halses. Menière's Statistik (71) über Operation von Adenoiden umfasst 3700 Fälle; er erlebte niemals ernstere Zufälle nach dem Eingriff. M. operirt ohne Narkose. Yonge (72) empfiehlt die Operation der Adenoiden am hängenden Kopf. Holinger (72) beschreibt die Technik der Operation der Adenoiden. Rosenbach (72) operirt die Adenoiden mit einer durch die Nasenlöcher in den Nasenrachenraum eingeführten Zange (! Ref.). Barth (72) schneidet Stücke, die nach Operation von Adenoiden in den Mesopharynx hineinhängen, mit dem Conchotom ab. Hagedorn (70) macht eine Mittheilung über den Zeitpunkt der operativen Behandlung der Adenoiden. Kinder mit Adenoiden, die an Krämpfen oder an schweren Ohrenaffectionen leiden, müssen nach Francis (387) unbedingt operirt werden, alle anderen nur bedingungsweise. Rudloff (387) empfiehlt bei Operation von Adenoiden die Narkose und die Lagerung des Patienten in der Rose'schen Position. R. warnt vor Verletzung der Orificien der Ohrtrompeten und der an der seitlichen Rachenwand gelegenen Carotiden. Booth (385) empfiehlt die Adenoiden am vorgebeugten, ausgestreckten Kopf zu operiren. Brindel (483) berichtet über die Folgewirkungen der Operation der Adenoiden.

Machol (68) beschreibt einen von der Rachentonsille ausgehenden Fall von Septikämie. Booth (385) operirte neben Adenoiden ein Kind an den Gaumenmandeln und an Exostose des Septums; dasselbe starb darauf an Pneumonie und Meningitis. Martin (74) beschreibt 3 Fälle, in denen Blutung nach der Operation von Adenoiden auftrat. Cordes (388) führt die verschiedenen Gründe für Blutung nach Operation der Adenoiden auf, dieselben sind: Haemophilie, Herzkrankheiten, Anomalien im Verlauf der Carotis int., vorangehende Cocainapplication, Reste von Adenoiden, zuweilen bei Frauen die Menses. Stucky (74) trug einem Kinde die Adenoiden und die Tonsillen ab; 2 Stunden nachher trat eine vorübergehende

profuse Blutung auf, $7^1/_2$ Stunden später starb das Kind. Wishart (387) hatte unter 103 Operationen von Adenoiden 2 Todesfälle durch die Narkose.

Nach Messungen, die Schwartz (64) an 161 Schädeln vornahm, ergab sich, dass Schädelform und Gaumenform von einander unabhängig sind. Ferner fanden sich unter 52 Patienten mit Adenoiden 4 Mesocephale, 23 Brachycephale, 22 Hyperbrachycephale, 3 Ultrabrachycephale; damit ist die Ansicht von Moritz Schmidt widerlegt, dass Adenoide vorzüglich bei Dolichocephalen vorkämen.

Bert Ellis (68) bespricht die Hypertrophie der Rachentonsille und ihre Beziehung zu Ohrenkrankheiten. Ostino (386) berichtet über 6 Fälle, in welchen nach Entfernung der Rachentonsille Besserung von Gehöraffectionen eintrat. Nach Frank Dyer Sanger (386) sollte die Untersuchung des Nasopharynx mit dem Finger bei der Geburt ein allgemein gebräuchlicher und geübter Handgriff werden. (! Ref.) Haight (386) spricht über Adenoide als Ursache von Ohrenerkrankungen. Murphy (69) glaubt, dass, wenn man mehr Aufmerksamkeit der Beseitigung von Verstopfung des pharyngealen Endes der Eustachi'schen Tube zuwenden würde, dann mancher Ohrenfluss ohne Mastoidoperation verschwinden würde. Ueber Ohrenleiden bei Adenoiden schreibt Braislin (69). Nach Calhoun (69) sind die Kinder im Süden viel seltener mit Adenoiden behaftet als im Norden; bei Negerkindern hat C. nie Adenoide gesehen. Löri (69) fand bei 300 Kindern 27,6 Adenoide; bei $^1/_5$ dieser Kinder war das Gehör herabgesetzt. Adenoide sollen nach Getchell (69) bei Taubstummen entfernt werden, wenn dieselben ev. zur Taubheit beitragen, wenn sie das Erlernen der gesprochenen Sprache erschweren, wenn sie das Allgemeinbefinden beeinträchtigen. Wo Adenoide auch nur wenig auf die Tubenmündung drücken, können sie nach Payne (482) nachtheilig auf das Gehör einwirken. Desimoni (437) berichtet über 3 Fälle von Adenoiden, bei welchen er den günstigen Verlauf von Mittelohrerkrankungen auf eine eingeleitete Thyreoid-Behandlung zurückführt.

White (226) berichtet über Augenstörungen infolge von Erkrankungen des Nasenrachenraums und der Ohren. Bei 16 Patienten, die an scrophulösen Augenaffectionen und Adenoiden litten, schwand nach Arslan (482) ersteres Leiden nach Entfernung der Adenoiden. Coppez (68, 386) beobachtete, dass in 2 Fällen nach Entfernung von Adenoiden gleichzeitig bestehende folliculäre Conjunctivitis schwand. Bobone (482) berichtet über die frühzeitige Involution des adenoiden Gewebes an der Riviera, Kömer (386) über die Wirkung des Seeklimas auf Adenoide. de Rosa (481) räth den Militärärzten, Soldaten mit chronischen Nasen- und Rachencatarrhen sowie solche, die an leicht eintretender Athemlosigkeit leiden, auf Adenoide zu untersuchen.

Lichtwitz und Sabrazès (481) constatirten bei Kindern mit Adenoiden leichte Anämie und Leukocytose, Vermehrung der grossen mononucleären Zellen und namentlich der Lymphocyten und eosinophilen Zellen, dagegen eine Verminderung der neutrophilen, polynucleären Zellen. Nach der Adenotomie besteht Neigung, zur normalen Blutformel zurückzukehren.

Boulai (68) theilt mit, dass in 1 Fall Kehlkopfkrampf unmittelbar nach der Adenotomie schwand.

Nach Red. Not. (481) kann primäre Localisation von Diphtheritis im ade-

noiden Gewebe unbemerkt bleiben; ein Anfall von Adenoiditis während der Reconvalescenz von Diphtherie kann den Löffler'schen Bacillus zu neuer Energie erwecken und ein Recidiv verschulden. Berignent (69) berichtet über die Besserung von Adenoiden nach Diphtherieserum.

Moure (66) schreibt über die Entzündungen der III. Tonsille bei Erwachsenen. Ueber die rheumatische Angina und die Hypothese des nasopharyngealen Ursprungs des Rheumatismus berichtet Gallois (226).

Hewelke (384) theilt einen Fall von Abscess der Luschka'schen Tonsille mit. Nach Lewin (65) haben 5 pCt. Adenoider tuberculöse Herde. Piffl (66, 384) fand unter 100 mikroskopisch untersuchten Adenoiden in 3 Fällen Tuberculose. Nach Red. Not. (383) kann die Tuberculose nicht als wesentlich ätiologischer Factor für die Entstehung Adenoider betrachtet werden: eher scheint die hyperplastische Rachentonsille zu secundärer tuberculöser Infection zu neigen.

Instrumente: Wladimiroff (127): eine Schlinge zur Extraction von Fremdkörpern aus der Nase bei Kindern. Cordes (127): eine Modification am Schötz-Krause'schen Doppelmeissel. Hall (128): ein neuer Stütz- und Messapparat an der Nasensäge. Pynchon (376): ein neues Nasenmesser für das Septum. Brown (434): eine Nasenschlinge. Wingrave (434): aseptische Ohr- und Nasenspritze zum Selbstgebrauch. Fein (14): Pulverbläser für die Highmorshöhle. von Stein (14): ein neuer Troikart zur Punktion der Highmorshöhle. Sprenger (14): ein Catheter-Troikart zur Punktion der Highmorshöhle. Courtade (434): Modification der Belloc'schen Röhre. Hewetson (73): verbesserte Curette für Adenoide. Hitchcock (73): das Wilhelm Meyer'sche Ringmesser bei lymphoider Hypertrophie. Gradle (73): neues Instrument zur Entfernung der Adenoiden ähnlich dem Schuetz'schen Adenotom. Kirkland (73): ein neues Instrument für Adenoide: Modification der Loewenberg'schen Zange.

J. Katzenstein.

C. Mundrachenhöhle.

Kieferverletzungen veröffentlichen Mowry (272) und Bird, Fälle von Sarcom des Oberkiefers M. D. Stepp (337), Chavannez (337), W. H. Hudson (337).

Einen Oberkieferersatz mit Gaumen nach Resection beschreibt Moury (272). Durch Ausmeisselung eines Stückes des aufsteigenden Unterkieferastes und Interposition eines Lappens aus dem Masseter heilte Schmidt (337) eine Ankylose des Unterkiefers. — Berthier (179) veröffentlicht einen Fall von mal perforant buccal (Fournier) mit grosser Perforation des rechten Alveolarfortsatzes. Er giebt eine Schilderung der Krankheit und erörtert ihren Zusammenhang mit Tabes. — Compaired (392) sah ein perforirendes Geschwür, das von den Wurzeln der oberen Molaren ausging, heilen.

Als Vorbeugungsmittel gegen die Zahncaries der Schüler schlägt Lemberg (336) vor: Die Wahl von Aufenthaltsorten mit kalkhaltigem Wasser, den Genuss kalkhaltiger Früchte und Gemüse, zu eng stehenden Zähnen Raum zu schaffen und die Aufnahme der Zahnhygiene in das Schulprogramm. — Kraus (439)

beschreibt eine elephantiastische Wucherung der Gingiva. — Quintin (336) classificirt die verschiedenen Tumoren, die unter dem Mamen Epulis gehen, und theilt einen Fall von Epulis mit, die sich histologisch als Myeloplaxensarcom darstellte. — Martin (439) resecirte den Unterkiefer wegen Osteosarcom und legte danach eine Prothese an.

F. Danziger (231) betrachtet die Missbildungen des Gaumens in ihrem Zusammenhang mit Nase, Auge und Ohr. — Tandler (232) bestreitet die Bedeutung der Pharynxtonsille für das Zustandekommen der Gaumendefecte. — Broeckaert (232) hält congenitale Gaumenanomalien für Bildungsfehler beruhend auf einer primitiven Ernährungsstörung. — Casuistische Mittheilungen über Missbildungen machen: G. W. Griffiths (176) [Verwachsung des Zahnfleisches, breite Gaumenspalte, Fehlen der hinteren Nasenöffnung und der Uvula], Weiss (232) [linksseitige Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte und rechtsseitige Gaumenspalte]. — Redard und Michel (438) tiefe Medianfurche der Unterlippe, des Kinnes, mediane Spalte des Unterkiefers mit Missbildung der Zunge. — Eine doppelte Uvula mit Sprachdefect demonstrirt Baron (466). Wingrave hält den Fall für eine Gaumenspalte. — Missbildungen der Gaumenrachenmuskeln stellt Powell (550) vor, die Hall (551) als Folgen einer tiefen Ulceration anspricht. — Auf die Beziehungen zwischen Hypsistaphylie und Leptoprosopie verweist Grossheintz-Siebenmann (441). Er kommt zu folgenden 3 Sätzen: 1. Mit der Hypsistaphylie ist gewöhnlich Leptoprosopie verbunden. 2. Leptorhynie, schmale Augenhöhlen gehören in der Regel zur hochgaumigen Schädelformation. 3. Hypsistaphylie beruht in der Regel auf einer angeborenen Rasseneigenthümlichkeit des Schädels nicht auf extrauteriner Einwirkung einer Nasenstenose. — Mit der Operation der Gaumenspalte beschäftigen sich die Publication von Philippi (232), Wolff (232) St. L. Mc. Curdy (233), I. F. Mc Kernon (233). — Gutzmann (231) zieht die Operation des angeborenen Gaumendefectes dem Tragen eines Obturators vor, ausser wenn die Operation verweigert oder der Defect zu gross ist. — Partsch (233) giebt eine neue Methode zur temporären Resection des Gaumens an.

Ein neuroparalytisches Geschwür des harten Gaumens beschreibt Baumgarten (233). — Derselbe demonstrirt einen Sequester bei schwerer Syphilis, der fast den ganzen harten Gaumen betraf. — Grönbech (204) zeigt einen Fall von Syphilis des harten und weichen Gaumens. — Bond (550) stellt eine prall elastische, indolente Geschwulst des harten Gaumens vor, die er ebenso wie de Santi für ein Adenom hält. Watson Williams berichtet über ähnliche Fälle. — In einer redact. Notiz (388) werden die Beziehungen der äusseren Mund- und Lippenbildung zu den individuellen Geistes- und Charakteranlagen erörtert.

Parmentier (336) veröffentlicht eine Arbeit über die Hasenscharte. — Delbanco (175) und Montgomery und Hay (175) wiesen Talgdrüsen in der Mundschleimhaut nach. — Andry (175) beschreibt die von Fordyce erwähnte Veränderung der Lippen und Mundschleimhaut als von der Entwicklung atrophischer Talgdrüsen ausgehend. — Als Ursache des Offenhaltens des Mundes fand B. Fränkel (335) 3mal eine Straffheit des Frenulum linguae superioris (Mikrochilie). — Besnier (336) unterscheidet die im Verlauf einer vorgeschritte-

nen Tuberculose auftretenden Lippengeschwüre von den primär an der Lippe entstehenden, Fournier (336) betont die grosse Seltenheit dieser Localisation: Danlos (336) stellt ein 15jähr. Mädchen mit einem tuberculösen Ulcus der Lippe vor, das einem syphilitischen Primäraffekt völlig glich. — Nobl (438) veröffentlicht 1 Fall von Miliartuberculose der Lippenschleimhaut mit verrucöser Tuberculose der Mundwinkel.

Leguen (180) unterscheidet die scleröse von der gummösen Form der Lippensyphilis. — Neumann (438) beobachtete seit 7 Jahren bestehende papilläre Wucherungen an den Lippen und der Mundschleimhaut, Gaucher und Lacapère (438) Lymphangiome der Unterlippe. — Balzer und Gauchery (438) heilte ein ulcerirtes Unterlippenepitheliom durch den Paquelin.

Berini (441) berichtet über ein Oedem der hinteren Gaumenfalte und der Hälfte des Velum bei Nephritis. — Musson (446) spricht über die infectiösen Granulome des Rachens. — Déjan (446) beschreibt eine schmerzhafte einseitige, Escat (446) bei einem Tabiker eine symmetrische Rachenzona.

Sänger (234) beschreibt eine perverse Action des Velum; Kawahara (234) rhythmische, klonische Krämpfe mit objectiv hörbaren Geräuschen. — Eine Velumparese nach einer Streptococcenangina beobachtete Carrière (131). Tilley (545) beoabachtete 1. Fall von einseitiger Gaumen-, Rachen und Kehlkopflähmung. Lues? 2. Fall von multipler Sklerose mit Parese des Velum und des Larynx.

Barbier (233) sah eine tuberculöse Perforation des Gaumensegels, Grossard (506) 2 Fälle. — Einen Fall von Lupus des weichen Gaumens und der Uvula, den Bowlby und W. Hill wahrscheinlich für Syphilis halten, stellt Watson Williams (359) vor. — Nach Birman (445) kommen die Adhäsionen zwischen Gaumen und Rachen vor: als partielle symmetrische und sehr begrenzte Adhäsion, die mit dem von demselben Autor beschriebenen, „weiten Rachen" grosse Aehnlichkeit hat, als ausgedehntere Adhäsion mit Perforation, als ausgesprochene Atresie des Rachens und als totale und complete Adhäsion mit vollkommenem Abschluss zwischen Mund- und Nasenrachen. — Moses (148) veröffentlicht einen Fall totaler Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand. Wegen der derben Narbe musste eine Excision derselben in Aussicht genommen werden. — de Havilland Hall (210) stellt einen gleichen Fall vor, bei dem die Verwachsung keinerlei Störung bedingte. — Jurasz (314) und Schaefer (314) empfehlen die Electrolyse bei Verwachsungen des Velum, die Dilatationen nach Hajek liessen ersteren im Stich, während Schmidt Nutzen von denselben sah. I. K. Hamilton empfiehlt zur Vermeidung der Wiederverwachsung zwischen Gaumen- und Rachenwand nach der Ablösung das Einlegen einer Vulcanitprothese.

In 4 Fällen von Influenza constatirte Vervaeck (236) eine submucöse Hämorrhagie der Uvula in der Reconvalescenz. — Einen behaarten vom Velum ausgehenden Polypen erwähnt Schwartz (529). Papillome des Velum sahen McKinney (234), T. K. Hamilton (234); ein Melanosacrom Broeckaert (234, 271) ein primäres Epitheliom der Uvula und des Velum Walker Downie und Lennox Browne (235). Barbineau (509) heilte ein von der Uvula aus-

gehendes auf das Velum übergreifendes Epitheliom durch Kauterisation, Boltz (441) ein Rundzellensarcom des Velum durch Arseninjectionen.

R. Pott (177) betrachtet die Mundfäule der Kinder in ihrer Beziehung zur Maul- und Klauenseuche, desgl. Walkowsky (486). — L. Leclercq (178) unterscheidet die oberflächliche, nicht ulcerierende Stomatitis (Soor, Stomatitis exfoliativa und erythematosa) von der tiefen ulcerirenden (Noma, Stomatitis ulceromembranosa, Herpes, Aphthen). — Den Skorbut der Kinder bezieht Netter (177) und Comby (391) auf unzweckmässige Ernährung, während Facdonel (177) denselben als parasitär auffasst. — Beco (178) ist der Ansicht Facdonels für die diphtheroide Kinderstomatitis (Staphyloc. aureus und Streptoc.) Pagliano und François (178) sahen im Verlauf einer Stomatitis ulceromembranosa Purpura infectiosa auftreten, Weil (178) eine frische Stomatitis ulcerosa combinirt mit einer alten Tuberculose. Verchère und Debrigode (391) sahen eine schwere Stomatitis bei einem Nephrectomirten nach einer geringen Hg-Dosis; Deguy (391) beschreibt 1 Fall impetiginöser diphtheroider Stomatitis, Griffon (391) eine Stomatitis mit Pneumococcenbefund bei Pneumonie; Thambusti (484) eine mit Nachweis von Oospora Doriae, Colombini (484) eine Stomatitis gonorhoica; Cohall (485) heilte eine Stomatitis gangränosa durch Antistreptococcenserum. — Von Exanthemen der Mundhöhle erörtert Millan (392) das Jodexanthem, Kluk-Kluczycki (440) einen Herpes im Verlauf einer Pneumonie, Merx (176) einen Fall von chronischer Urticaria. — Dem Foetor ex ore widmet B. Fränkel (483) eine Studie, desgl. A. Pick (389). Die Wichtigkeit der Mundpflege betont Lyon (392) für den Typhus, Travis Drennen (484) bei Syphilis.

Als neurotische Geschwüre des Mundes beschreibt W. K. Sibley (178) recidivirende Ulcera, die auf nervöser Grundlage beruhen, R. Kirk (178) bringt dieselben mit einer Funktionsanomalie der Thyreoidea in Zusammenhang. — W. Lissauer schliesst aus der 10maligen Beobachtung von Leukoplakie bei 50 Psoriasiskranken auf einen Zusammenhang der beiden Affectionen, der darin besteht, dass die Psoriasis die Widerstandsfähigkeit der Mundschleimhaut herabsetzt, so dass eine auslösende Schädigung (z. B. Tabakrauchen) die Leukoplakie hervorrufen kann. — Das Verhältniss der Leukoplakie zur Syphilis, Diabetes, Gastrointestinalkrankheiten und directer Reizungen der Schleimhaut (Tabak und Alcohol) erörtert Janowsky (485). — Schütz (177) beschreibt 3 Fälle von Leukoplakie bei jugendlichen Individuen.

Lestage (179) sah gleichzeitig mit dem Primäraffect am Gaumensegel, an den Tonsillen und im Pharynx ein flüchtiges ca. 10 Tage dauerndes Enanthem. — Das Cancrum oris tritt nach einer Redact. Notiz (179) am häufigsten als meist letal verlaufende Complication bei exanthematischen Kinderkrankheiten auf. Bei einem Falle von Tabes ergab die Section ein Uebergreifen der Gangrän auf die Hirnbasis. — Passini und Leiner (335) wiesen in einem Falle den Diphtheriebacillus als Ursache von Noma nach. Nach Perthes (486) ist der Erreger von Noma ein Keim, der die Mitte zwischen Bacillen und Fadenpilzen hält. Das von demselben gebildete Mycel erreicht an der Grenze zwischen lebendem und nekrotischem Gewebe solche Mächtigkeit, dass es das Gewebe fast völlig ersetzt. Die

spiralenförmigen Endausläufer dringen ins gesunde Gewebe vor, umspinnen die Zellen und tödten dieselben. — Rocha (180) berichtet über 2 Fälle von Dermoiden des Mundbodens. Mascarel (389) bespricht ihre Genese und Structur.

Nach Kübel's (390) Untersuchungen hemmen Kochsalzlösungen die Verzuckerung schwacher, fördern die Verzuckerung stärkerer Stärkegemische. Die Cl-Verbindungen von Na und K befördern die Verzuckerung am meisten, die J-Verbindungen am wenigsten. Alkalien (Kalilauge, Natronlauge, Ammoniak) schädigen die Verzuckerung. Schwache HCl unterstützt die Ptyalinwirkung, stärkere hemmt oder hindert dieselbe. — Untersuchungen über die amylolytische Wirkung des Ptyalins liegen von Weinstein (181) vor. — Ehrsam (389) zeigte experimentell, dass am leichtesten der Geschmack für süss verloren geht, dann der für salzig, weniger der für bitter, gar nicht der für sauer. — Giamelli (439) berichtet über anatomische Untersuchungen der Beziehungen des Ductus Stenonianus zum äusseren Gehörgang und der Mundhöhle. — Guye (181) catheterisirte den Ductus Whartonianus in einem Fall von eitriger Entzündung der linken Submaxillaris. — Lefas (181) constatirte bei einem Diabetiker eine acinöse und periacinöse Sclerose in den Speicheldrüsen mit Verdickung der Gefässwände. — E. C. Stuart (337) beschreibt eine acut entstandene Ranula. — Auf Grund mikroskopischer Untersuchung bestätigt Mintz (181) die Entstehung der Ranula durch primäre Cystenbildung aus den kleinen Ausführungsgängen der Sublingualis: aus diesem Grunde soll man in Fällen von Ranula die Sublingualis mit entfernen.

Eitrige Parotitis durch Pneumokokken am 2. Tage nach der Krisis bei Pneumonie sah Silberstein (62), eine letal verlaufende Parotitis bei $99^1/_2$jähr. Patienten H. J. Walcott (219). — In einer redact. Notiz (422) werden die nervösen Folgen der Parotitis während der Schwangerschaft beschrieben. — Der Behandlung der Parotitis widmet Trouchet (219) eine Betrachtung. — Eine Bleihypertrophie der Parotis sah Apert (62), eine Hydatidencyste Morestin (62) und ein Sarcoma teleangiectodes pigmentatum congenitum Goller (62).

Hoppe (218) und Dufour (128) beschreiben submaxillaren Mumps, der in einigen Fällen mit Parotitis zusammen vorkam. — 2 Fälle von Enchondrom der Submaxillaris, die wahrscheinlich von einem Stein ausgingen, demonstrirt Goris (128). — Krohn (181) bearbeitet in einer Dissertation die Geschwülste der Submaxillaris. — Freudenthal (128, 391) theilt 2 Fälle von Speichelstein derselben mit, Hauszel (486) 3 Fälle mit verschiedener Aetiologie.

Das Aussehen der Zunge bei verschiedenen Erkrankungen bespricht A. J. Burdens (337). — Die Glossitis superficialis exfoliativa erörtert Nobl (487). — Böhm (487) beleuchtet die Lingua geographica, ihr Vorkommen bei Kindern meist unter 2 Jahren, die Dauer der Erkrankung, sowie ihre wahrscheinliche Beziehung zu Tuberculose und Scrophulose. — 2 Fälle von Ueberbeweglichkeit der Zunge veröffentlicht Pluder (488), eine Hemiatrophie infolge Basisfractur und Verletzung des Hypoglossus Parry (488). — Ch. G. Kerley (337) beobachtete eine Betheiligung von Zunge und Unterlippe bei einem angioneurotischen Oedem. — Chauveau (182, 487) weist auf die Fälle von Glossodynie hin, bei denen eine oder mehrere Papillen entzündet und geschwollen sind. Man kann dieselben

durch eine galvanokaustische Zerstörung der Papillen heilen. — Fälle von Tuberculose der Zunge beschreiben Ajutolo (555), Tanturri (488, 533), Malherbe (183) und G. A. Syme (338). — Du Castel (338) sah bei einem Fall von Gesichtslupus eine wahrscheinlich lupöse, nicht ulcerirte Hervorragung auf der Zungenspitze. — Einen Fall von primärem Lupus der Zungenspitze publiciren Audry und Sverseng (339). Derselbe war durch ein kleines Papillom verdeckt, so dass die Diagnose erst durch die mikroskopische Untersuchung gestellt werden konnte. — Leguen (180) unterscheidet die scleröse von der gummösen Glossitis. — G. Baudouin (338) sah einen doppelten Primäraffect der Zunge wahrscheinlich infolge Kauens auf der Strasse aufgelesener Cigarrenstummel. — Casuistische Mittheilungen über Zungensyphilis machen Pellizari (183), Navratil (153), Danlos (182), Balzer (338), Leredde und Druelle (338) und Gaston (338), Nobl (440). — Rammstedt (183) publicirt einen Fall von Milzbrand der Zunge, der ohne chirurgische Behandlung heilte. — Von gutartigen Tumoren sahen: Djatschenko (183) ein Angioma cavernosum, Andrews (488) ein Papillom, Martuscelli (183) ein aus einer Narbe entstandenes Fibroma pendulum, T. K. Hamilton (339) ein Adenom, Casezza (339) ein Leiomyom. — Patet (440) demonstrirt 3 Angiolithen aus 2 Hämangiomen der Zunge. — Carcinome der Zunge beschreiben Pairier (184), Morestin (340) ausgehend vom Frenulum linguae, H. St. Garlick (340) ein Epitheliom bei 21j. Mann. — Bozzi (340) erörtert den Zusammenhang zwischen Psoriasis und Zungencarcinom. — Operationen bei Zungencarcinomen führten aus: Navratil (153), Goris (185), und Vallas [publicirt von Carrel] (340), Eliot (489) Heilung seit 8 Jahren, Coley (489) Heilung seit 6 Monaten. — Sarcome der Zunge beobachteten Martuscelli (114), Lichtwitz (184), Dörner (184), Robert (184), Downie (440) 1 gestieltes Spindelzellensarcom mit Halsbeschwerden, 1 interstitielles Rundzellensarcom der rechten Zungenseite auf die Tonsille übergreifend.

Reinhard (84) theilt einen Fall von Follikelectasie der Zungentonsille mit. — Zwillinger (154) weist auf den Zusammenhang der Nervosität mit der Parästhesie des Pharynx hin; während bei gesunden Leuten Hyperplasien der Zungenmandel als zufällige Nebenbefunde, die keinerlei Störungen verursachen, gefunden werden, bedingen sie bei nervösen Individuen sehr lebhafte Beschwerden. — R. C. Alberti (185) bespricht die Angina lacunaris der Zungentonsille. — Nach Goldschmidt (185) ist die glatte Atrophie der Zungenbasis nicht pathognomonisch für Lues. — Heller (488) fand bei 10—12 pCt. der Fälle secundäre syphilitische Erscheinungen der Zungentonsille, Finder (488) bei circa 25 pCt., B. Fränkel (412) hebt die nicht seltene Betheiligung des ganzen Lymphringes hervor. — Strumen der Zungentonsille veröffentlichen Benjamins (184), Narath und Posthumus Meyjes (184, 267), A. W. Watson (339), J. E. Schadle (339) 2 Fälle; ein Sarcom Prota und Martuscelli (185).

Nach den Untersuchungen von Benda (104) stehen die Haare der Flimmerzellen mit reihenförmig angeordneten, durch feine Fäden mit einander verbundenen Körnchen in Verbindung, die vom Saum der Flimmerhaare in den Zellleib hineingehen. Diese körnige Masse ist nach B. das motorische Element, nicht die Flimmerhaare selbst. — Goudrand (235) konnte nach Incision des Velum palatinum

zwecks Exstirpation eines Tumors sehr deutlich den Passavant'schen Wulst in seiner Bedeutung für die Phonation und den Abschluss des Mund- gegen den Nasenrachen beobachten. — Lublinski (182) beschreibt einen Fall von Verdoppelung der Plica glosso-epiglottica media.

Bei einer Betrachtung des Einflusses der Beschäftigung auf Erkrankungen des Rachens kommt Seymour Oppenheimer (237) zu der Anschauung, dass Staub, Fasern und chemische Agentien so auf die Schleimhaut besonders jugendlicher Arbeiter einwirken, dass zuerst eine acute Hyperämie und Entzündung, später eine chronische Veränderung eintritt, die sich von den übrigen Pharynxaffectionen nicht unterscheidet. Eine normale Nase und hygienische Maassnahmen schwächen die schädlichen Einflüsse des Berufes ab. — Monmarson (18) unterscheidet diffuse und localisirte rheumatische Affectionen des Rachens. Die ersteren befallen die gesammte Rachenmusculatur, die letzteren nur die Gelenke und das periarticuläre fibröse Gewebe. — B. Abrahams (76, 77) erwähnt 5 rheumatische Halsaffectionen: Erythem, Angina lacunaris, Angina pseudomembranacea, eine Abortivform und die wahrscheinlich gichtische Tonsillitis chronica rheumatica. Er stellt fest, dass bei der Hälfte der Choreafälle, bei $^2/_3$ der Herzerkrankungen und bei der Hälfte der Rheumatismen eine Halsaffection anamnestisch nachweisbar ist. — Sisson (238) giebt eine literarische Uebersicht über die parasitären Affectionen des Rachens. — Einen Fall von Stenose des Pharynx durch Laugenverätzung heilte Swiontechi (19), ein Pharynxdivertikel Depage (257) durch Operation. — Blutungen des Nasenrachens stehen nach Escat (235) auf Tamponade; bei Blutungen des Mundrachens ist entweder zu comprimiren oder zu ätzen, im Nothfalle die Carotis zu unterbinden; bei Blutungen in der Pars laryngea nach Einlegung des Tubageapparates und der Magensonde zu tamponiren. — Freudenthal (528) beschreibt eine Rachenfistel im Zusammenhang mit Nebenhöhlenempyem.

Ein verschluckter Grashalm erscheint in einer Beobachtung von A. Shewin (19) nach ca. 6 Wochen in einem Abscess unterhalb des Ohres. — Jaques (19) extrahirte ein Knochenplättchen vom Saugpfropfen aus der Vallecula eines 4 Monate alten Kindes. Lacoarret (20, 446) entfernte 4 Fremdkörper, Walker Downie (56) localisirte 3 durch Röntgenstrahlen. Hopkins (396) und Cheatham (396) theilen gleichfalls Fremdkörperbeobachtungen mit.

H. D. Chapin (16) weist auf die Häufigkeit von Pharyngitis und Tonsillitis bei Kindern hin. Er sieht in der Wiederholung derselben eine häufige Ursache der Hyperplasie des Lymphringes. — J. O. Mc Reynolds (237) beschreibt eine chronisch recidivirende membranöse Pharyngitis durch Strepto- und Staphylokokken. — Nach Battle (414) existirt bei Diabetes und Arthritis eine diathetische Pharyngitis, die eine causale Behandlung erfordert. — Castex (17) bespricht die Behandlung der Pharyngitis. — W. C. Spencer (16) heilte 1 Fall von Streptokokken-Pharyngitis mit Septicämie durch Streptokokkenserum.

G. S. Haruden (236) sah über 100 Fälle einer exanthematisch fieberhaften Krankheit, deren wesentlichstes Symptom ein Exanthem des Rachens war. — G. Spiess (394) theilt einen Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria (Köbner) der Mundrachen- und Speiseröhrenschleimhaut mit, bei dem auf leichte Traumen,

z. B. Anfassen der Zunge zum Laryngoskopiren, Einführen eines Instrumentes, erbsen- bis bohnengrosse Blasen mit wasserhellem oder etwas sanguinolentem Inhalt entstanden. — In einer redact. Notiz (484) wird auf das von Koplick und vor diesem von Flindt beschriebene, der Hauteruption vorangehende Schleimhautexanthem bei Masern hingewiesen. — 1 Fall von Pemphigus demonstrirt Sachs (117); einen unsicheren Rivière (290), Rille (439) 2 Fälle. — Nach Kreibich's (485) histologischen Untersuchungen wird das Epithel beim Pemphigus bis zu den Basalzellen abgehoben, letztere verlieren ihre Kernfärbbarkeit. — Wälsch (485) fand bei einem Pemphigus einen nach Grösse und Wachsthumsform der Hoffmann-Wellenhof'schen Gruppe zuzurechnenden Bacillus, der die für den Löffler'schen Bacillus charakteristischen Merkmale aufwies.

Chavas (423) betrachtet die Pharyngomykosis in Beziehung zur Caries dentium. Er hält Fermentationen und Acidität des Speichels für ätiologisch wichtig. — Lewis Cline (18), S. H. Coulter (18), Marcel Natier (238) erörtern die Differentialdiagnose der Pharyngomykose.

Studer (18) beobachtete ein Decubitalgeschwür des Pharynx infolge einer Exostose des 7. Halswirbels bei einem 85jährigen Manne.

Arthur Baer (18) und Juffinger (18) sahen günstige Erfolge vom Curettement und Milchsäurebehandlung bei tuberculösen Pharynxulcerationen, Adams (396) von der Ergotinbehandlung. — Fälle von Miliartuberculose des Pharynx publiciren Lambert Lack (360), Bowlby (360), Tilley (360). — Ein wahrscheinlich tuberculöses Granulom beschreibt King (529).

Primäraffecte im Mundrachen theilen mit: F. Packard (396), Poirier (396) und Cook (396). — H. de Stella (239) behandelt die schmerzhafte Dysphagie als diagnostisches Zeichen der Syphilis. — A. Fournier (393) erörtert die differentialdiagnostischen Momente zwischen Plaques muqueuses einerseits und einfachen Erosionen, Herpes buccalis, Aphthen, Hydroa buccalis, Glossitis exfoliativa marginalis, Perlèche, Quecksilberaffectionen, Erosionen und Ulcerationen dentären Ursprungs, Ulcus durum, Ulcus molle, Antipyrinexanthem, Tuberculose, Psoriasis und Ulcerationen am Frenulum linguae bei Keuchhusten andererseits. — L. S. Somers (180) weist auf das späte Vorkommen von syphilitischen Veränderungen im Mundrachen hin. — Casuistische Mittheilungen über Gummigeschwülste der hinteren Pharynxwand machen Cheatle (213), Huysman (267).

v. Bokay (20) unterscheidet einen Retropharyngealabscess infolge von retropharyngealer Adenitis von dem traumatischen und metastatischen. Er empfiehlt die Eröffnung vom Pharynx aus, während Haas (238) der Eröffnung von aussen hinter dem Kopfnicker das Wort redet, weil sie den Schutz der aseptischen Wundbehandlung nebst freier Secretentleerung durch Drainage gewährleistet. — Mittheilungen über dasselbe Thema machen Marfan (238), J. R. Arneill (238), Morestin (20), Marton (529), Hauck (529), Traver (529). — F. S. Quinlan (20) sah ein Fibromyxom des Rachens, Collinet (507) Hypertrophie des lymphoiden Gewebes an der Seite des Rachens.

Schech (239, 317) bespricht 17 Fälle maligner Rachengeschwülste. — Gwaert (272) beschreibt ein Lymphosarkom des Pharynx. - Esquerdo (629)

betont die diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeiten bei beginnenden Epitheliomen des Rachens und ganglionären Epitheliomen der Carotisgegend. — Thorne (551) theilt 1 Fall von Pharynxepitheliom mit. — Dundas Grant (55) beobachtete ein letal verlaufendes Pharynxepitheliom bei einer 36jähr. Frau. In der dieser Mittheilung folgenden Discussion erörtern Mc Bride, Semon, Milligan (56) das Vorhandensein oder Fehlen von Schmerzen bei derartigen Fällen. Mc Bride, Dundas Grant und Pritchard empfehlen die Digitaluntersuchung zur Sicherung der Diagnose.

Operationen: Faure (239) vertheidigt die Berechtigung der chirurgischen Behandlung der Rachensarcome. — R. Lacour (20) empfiehlt die Pharyngotomia subhyoidea zur Entfernung der Tumoren aus Pharynx und Larynx nach vorhergegangener Tracheotomie. — O'Hara (440—41) beschreibt die Excision der Zunge mit tourniquetartiger, doppelter Ligatur der Basis. — Die Chirurgie hypertrophischer Tonsillen besprechen J. Holland (527), H. B. Stanley (82).

W. Walsham (74) fand dreimal in 150 Tonsillen epitheliale Perlen. — Nach Marcel Labbé und Levi-Sirugue (74) gleichen das Reticulum und die darin liegenden Follikel der Structur der Lymphdrüsen. In dem Reticulum finden sich nichtabgeschlossene Lymphräume, die mit den zuführenden Lymphgefässen communiciren. Das peritonsilläre Gewebe begleitet die Gefässe, ohne richtige Septa zu bilden. — Physiologisch sind nach denselben Autoren die Tonsillen wahre Lymphdrüsen. — Guido Masini (288) schliesst aus der Wirkung des Extractes von Hunde- und Kalbstonsillen auf Kaninchen, dass die Tonsillen Drüsen mit innerer Secretion sind, die eine den Blutdruck steigernde Substanz absondern.

G. B. Sweeny (75), J. R. Winslow (75), F. Jessen (76), B. Abrahams (76 und 442), E. Mayer (442) sehen in den Tonsillen eine häufige Ursprungsstätte pathologischer Vorgänge, während A. L. Turner (81) der Hypertrophie der Mandeln die Hauptgefahr einer Infection zuschreibt. — Pirera (526) prüfte die Durchlässigkeit der Tonsillen nicht bloss wie Goodale für Farbstoffe, sondern auch für auf die Oberfläche gebrachte Mikroorganismen. Er fand, dass letztere noch leichter in das Tonsillargewebe eindringen als Farbstoffe, und zwar besitzen die pathogenen Keime das grösste Einwanderungsvermögen. In normale Tonsillen erfolgt die Einwanderung leichter als in hyperplastische oder fibrös entartete. — Loveland (484) berichtet über einen Fall von Tetanus, in dem die Infectionspforte am Gaumen und der Tonsille zu suchen war. — Nach Scheibner (75) werden beim Schluckakt die Mandeln comprimirt, dadurch die Krypten entleert und zur Aufsaugung flüssiger Substanzen geeignet. — Auf eine Infection durch die Bacterien resp. ihre Gifte, die durch die Tonsillen in den Organismus eingedrungen sind, nicht auf eine Rheumatismusinfection als Ursache beider Erkrankungen bezieht F. A. Packard (76) 5 Fälle von Endocarditis nach Angina, in einer redact. Notiz (76) wird auf denselben Zusammenhang hingewiesen. — C. C. Karagueosinantz (76) sah 5mal acuten Gelenkrheumatismus bei 43 Anginafällen, 1mal Icterus, 1mal Pleuritis. — Fälle von Angina mit Gelenkrheumatismus veröffentlichen G. Aue (292), Kronenberg (395). — Nach Siegert (292) ist die Incubationsdauer bei Angina 4 Tage.

Arbeiten über Angina liegen vor von J. E. Sawtell (77), Redact. Notiz (78),

Keiper (78) [mit Albuminurie], J. G. Brownson (78), Goodale (78) [histologisch ist die durch Strepto- und Staphylokokken verursachte Angina eine diffuse parenchymatöse Entzündung mit Proliferation der Lymph- und Endothelzellen], S. J. Bishop (78) [bei Influenza], Bergé (130 und 395) [erosive Angina nach Scharlach], Fischl (292 und 442) [chronische recidivirende exsudative Angina im Kindesalter], V. Mock (443), Bullard (443), Daniel (443). — Hilbert (74 und 289) unterscheidet die primäre selbstständige Angina von der im Verlauf von anderen Infectionskrankheiten auftretenden; er hält die Streptokokken nicht für die Erreger, da er sie auch im Schleim gesunder Tonsillen nachweisen konnte.

Marfan (128) erklärt, dass eine acute primäre Angina mit cohärenten Membranen meist diphtherisch ist und der Serumbehandlung bedarf, während die punctirten oder diffusen Anginen nicht diphtherisch, erst zu injiciren sind, wenn die bacteriologische Untersuchung Diphtheriebacillen ergiebt; in allen zweifelhaften Fällen empfiehlt er Seruminjectionen. — Bei Scharlachangina will Blackader (130) Seruminjectionen nur bei Nachweis Löffler'scher Bacillen.

Meist herpetische Anginen folgen nach Martin (129) häufig auf menstruelle Störungen; die Anginen sind meist durch Streptokokken verursacht, auf die durch die Menses verminderte Widerstandsfähigkeit zu beziehen und wie jede andere Angina zu behandeln. — Le Demany (394) kommt zu derselben Ansicht, er bespricht (395) die Differentialdiagnose zwischen Angina herpetica und scarlatinosa. — Lacoarret (80) betrachtet die Angina ulcero-membranosa als eine Complication der Stomatitis ulcero-membranosa. — A. Panoff beschreibt die gleiche Erkrankung.

Für die Isolirung der Anginakranken spricht sich du Mesnil de Rochemont (129) aus. — Dietrich (527) sah eine Toxinvergiftung (Krämpfe) nach Angina.

Ueber chronische Tonsillitis veröffentlicht E. C. Clark (81) eine Arbeit: einen Fall von Follikelectasie publicirt Reinhard (84).

Zeehuisen (129) fand bei 72 Anginen 32mal Streptokokken, 10mal Staphylokokken, 25mal Strepto- und Staphylokokken, 4mal Streptokokken mit verschiedenen anderen Mikroorganismen, 6mal ein kurzes Stäbchen in Reinculten, 3mal Löffler'sche Bacillen. Die Virulenz der Mikroorganismen entspricht im Allgemeinen der Schwere des Falles. — Streptokokken fand Letulle (132) bei acut ulceröser Angina, Calvin S. Page (130) bei Scharlachangina, le Damany (131) bei einer Epidemie von einfacher Angina. Den Bacillus der Schweinesepticämie fand Arslan (130) in 5 Fällen von Angina und Rhinitis pseudo-diphtherica, den Tetragenus in Reincultur Lartigan und Mc. Farlane (131), den Bacillus Friedländer wies A. Bellot (131) einmal rein, einmal mit dem Löffler'schen gemischt nach, bei dem ersteren ist die Membran sehr fest adhärent und mit weissen Punkten durchsetzt. — Rosa Engelmann (78) züchtete bei Influenza-angina theils den Pfeiffer'schen Bacillus trotz des klinischen Bildes von Diphtherie, theils den Pneumococcus. — Raoult und Fink (390) fanden zweimal Soor bei Angina. — Den Vincent'schen spindelförmigen Bacillus fanden Raoult und Thiry (507), Vincent (395), Nicolle und Hallipré (396), Schneider (132), Nicola (395 und 132), A. Panoff (132), Parmentier (292), J. Freyche

(292), Tarasewitsch (292). — Class (527) hält den Diplococcus scarlatinae für den Erreger des Scharlachs. — J. J. Mackenzie (73) züchtete aus Wasser dem Diphtheriebacillus ähnlichen Streptothrix.

F. C. Cott (82) widmet dem peritonsillären Abscess eine Studie. J. A. Stuckey (82) hält ein Coupiren der Peritonsillitis, falls man in den ersten 48 Stunden die Behandlung beginnt, für möglich. — Francis Huber (290) beobachtete einen lateralen Rachenabscess im Anschluss an eine Tonsillotomie. — Treitel (83) bespricht die Natur und Behandlung chronischer Mandelabscesse. Casuistische Mittheilungen machen: Greene (444), Gage (528), Rosner (416), Pfingst (528), Katz (528).

L. D. Brose (81) erörtert die Hypertrophie der Tonsillen. — A. L. Turner (81) hebt die Bedeutung hypertrophischer Mandeln als Infectionspforte hervor. L. Freiberger (81) leugnet die Mandelvergrösserung als wesentliche Ursache der Enuresis. — 2 Fälle von polypoider Hypertrophie beschreibt Texier (507), einen Fall von Hornbildung der Gaumenmandel Raoult und Hoche (509).

Die Operationen an den Tonsillen: Spaltung, Zerstückelung, Kauterisation, Tonsillotomie und Abtragung mit der galvanokaustischen Schlinge betrachten Grossard und Mounier (290) und Hardenbergh (444). J. R. Winslow (75) hält die galvanokaustische Herausschneidung der Mandel aus ihrer Kapsel für die beste Operationsmethode. J. L. Anderson (81 und 444) und Hadfield (827) empfehlen die Tonsillotomie. — Eine bedrohliche Nachblutung nach dieser Operation erlebte L. D. Brose (81), eine tödtliche Blutung 9 Stunden p. o. T. A. Stucky (82), Guinlan (527) 2—3 Stunden nach der Tonsillotomie. — Carr Lane (82) erachtet die Blutung für einen Nutzen der Tonsillotomie, er fördert dieselbe deshalb künstlich durch Reiben. — Grazzi (444 u. 528) empfiehlt bei chronischen katarrhalischen Affectionen Friction der Rachenwand mit Metallrolle.

3 Fälle von Fischgräten in den Tonsillen publiciren Mc. Kinney und Minor (85). — Von Robertson (85) ist ein Fall mitgetheilt, in dem ein 15 g schwerer Stein der Tonsille ausgehustet wurde; in dem Fall von Strong (85) handelt es sich um zwei Steine: H. v. Anrooy (263) liefert gleichfalls einen Fall von Mandelstein.

Unter 14 Gaumen- und 15 Rachentonsillen, die v. Scheibner (75 und 442) auf Tuberculose untersuchte, fand er 2mal Tuberkel- und Riesenzellen, niemals Bacillen, in beiden Fällen glaubt er primäre Aspirationstuberculose annehmen zu können. Unter 32 Fällen von Tuberculose stellte er nur 2mal — wahrscheinlich primäre — Tuberculose der Mandeln fest. Ozeki (443) berichtet über 2 primäre und 9 secundäre Tonsillentuberculosen.

Nach Labbé und Lévi-Sirugne (291) erscheint die Tuberculose der Mandeln häufiger histologisch als klinisch, häufiger beim Erwachsenen als beim Kind. Die Infection erfolgt entweder durch das Sputum, durch eine ascendirende Infection der Lymphdrüsen oder durch die Blutbahn. Sie unterscheiden: die Ulceration, die typische Tuberkelbildung mit Ausgang in Verkäsung oder Sclerose und die diffuse Infiltration. — S. Oppenheimer (83) bespricht das klinische Bild der Mandeltuberculose. — Barbier (83) liefert einen casuistischen Beitrag hierzu.

In einem klinischen Vortrag bespricht Leguen (180) den Schanker der Mandeln. — Nach Dieulafoy (83) sind differentialdiagnostisch für den Tonsillenschanker wichtig: 1. die Einseitigkeit, 2. die Induration, 3. die Schwellung der Halslymphdrüsen. Sicher wird die Diagnose, wenn Roseola und Syphilide auftreten. — Einen Fall von doppelseitigem Primäraffect theilt H. C. Fenlow (84) mit. — Das Verhalten der 4 Mandeln bei secundärer Syphilis erörtert René Lamy (84). — Die Tertiärerscheinungen der Syphilis an den Mandeln theilt Froissart (84) in a) das ulcerirte Gummi, b) das nicht ulcerirte Gummi, c) die ganz oberflächliche Ulceration. — Einen casuistischen Beitrag hierzu liefert Gaudier (84).

Die gutartigen Tonsillargeschwülste bespricht Yeardsley (85). — Es theilen mit: Onodi (85) 3 Fälle von Lipoma oder Fibroma lipomatosum, C. Chauveau (291) ein Adenofibrom, Beco (297) ein Fibrom, A. Cheatle (360) eine polypöse Geschwulst der Fossa supratonsillaris, Reinhard (84) eine Tonsilla pendula, Raoult und Hoche (506) Papillome der Gaumen- und Zungenmandel.

Je 1 Fall von malignem Lymphom der Mandel veröffentlichen Mamlok (85) und Lack (360), einen von Mandelcarcinom J. G. Connal (85) und de Santi (359). — A. Carrel (291) heilte ein Carcinom der Tonsille, des vorderen Gaumenbogens, des Gaumensegels, der Zungenbasis und des Kiefers durch Operation. — Poncet und Bérard (446) beobachteten ein von einer Ulceration in der Gegend der Fossa tonsillaris ausgehendes malignes Rhabdomyom. — Stewart (548) stellt ein torpides Geschwür der rechten Tonsille und des Zungenrandes vor, das sich vorübergehend nach Jod besserte, durch Curettement und Cauterisation fast heilte, dann aber recidivirte. Semon (548) hält den Fall für ein Lymphosarcom, Baber (548) für Lues. — Gaudier (503) operirte ein Mandelsarcom, bei dem der Exitus an Sarcomatose erfolgte. — In einem durch Infection von der Tonsille bedingten Fall von Septicämie erzielte C. E. Edson (289) durch subcutane Kochsalzinjection Heilung. — Frank Lydston (487) giebt neue Operationsmethode für Speichelfistel an.

Instrumente: Resectom für die Tonsillen: Breitung (82). — Guillotine: Foxcroft (82). — Sterilisirbarer Brenner: Schneider (150). — Federhalter für die Uvula: L. Ajello (235, 439). — Tonsillarcompressor: Depaugher (291, 527), Dovitiis (291). — Electrode zur Electrolyse von Oesophagusdivertikeln: Ch. D. Aaron (311). — Aetzmittelträger: Hecht (314). — Zungenspatel: A. B. Andrews (341), Vacher (509) mit Vorrichtung zum Auffangen abgeschnittener adenoider Vegetationen. — Gaumenhaken: Möller (441). — Trokart zur Eröffnung von Rachenabscessen: Gage (445). — Vacher (510): Instrumente für Nase, Kieferhöhle, Mandeln. — Garel (510): Galvanische Schlinge für adenoide Vegetationen. — Raoult (510): Instrumente für Tonsillo- und Adenotomie. — Bonain (510): Instrument für die Zungentonsille. — Escat (510): Compressionszange für blutende Nasenarterien. — Loubard (510): Pulverbläser.

Unter den empfohlenen Medicamenten sind keine besonders erwähnenswerthen neuen zu bemerken. E. Meyer.

D. Diphtheritis und Croup.

Zahlreiche Autoren haben sich auch in diesem Jahre mit der Erforschung der culturellen und biologischen Eigenschaften des Diphtheriebacillus beschäftigt. Die Identität des Bacillus, seine möglichst schnelle Erkennung und die Bedingungen seiner Uebertragbarkeit sind zumeist Gegenstand dieser Arbeiten.

Coles (133) giebt eine Modification der Neisser'schen Färbung für Diphtheriebacillen an. — Joos (133) berichtet über ein neues Culturverfahren, mittelst dessen man die Diphtherieculturen oft schon nach 5—6, sicher aber nach 12 bis 15 Stunden erkennen kann. Concetti (530) glaubt sogar schon nach 4 Stunden die sichere Diagnose auf Diphtherie stellen zu können. — Delafield, Davis, Tavel, Zielinska, Januscewska (21), Golowkow, Richardière und Tollemer (86) erörtern die culturellen Eigenschaften des echten und des Pseudo-Diphtheriebacillus. — Seitz (239) sah bei einem Knaben, der Diphtheriebacillen in seiner Mundhöhle beherbergte und der die Gewohnheit hatte, an den Fingernägeln zu nagen, ein diphtherisches Panaritium entstehen. — Die Behauptung, dass sich bei 18 pCt. aller gesunden Personen, die mit Diphtheriekranken in Berührung kommen, Diphtheriebacillen vorfinden, ist nach Kober (341) übertrieben. Er fand sie nur bei 8 pCt. Bei Leuten, die nichts mit Diphtheriekranken zu thun haben, fand man sie nur in 0,83 pCt. (Red. Not. 341). — Grigoriew (341) untersuchte 46 Diphtherie-Reconvalescenten; bei 36 verschwanden die Bacillen aus der Nase in den ersten 8 Tagen, bei 5 in der zweiten Woche, bei 5 zwischen dem 18. und 20. Tage. — Charrin und Levadité (22) schreiben dem Pancreas eine abschwächende Wirkung auf das Diphtherietoxin zu. — In 1000 Fällen von Diphtherie, die auf die Persistenz des Diphtheriebacillus untersucht wurden, betrug die kürzeste Zeit, nach der der Bacillus verschwand, 3 Tage, die längste 145 Tage, der Durchschnitt 122. — Auch Russell (134) fand noch 2, $3^1/_2$ und $4^1/_2$ Monate nach dem Ausbruch der Krankheit virulente Bacillen in der Mundhöhle des Kranken. — Nedrigalow (188) ist dagegen der Ansicht, dass das Antidiphtherieserum weder vom Magen- noch vom Pancreassaft, noch von der Galle angegriffen werde. Die neutralisirenden Ursachen sieht er entweder in den lebenden Darmepithelien oder in der Lymphdrüsensecretion. — Meany (397) berichtet, dass man beim Schwein, beim Schaf, Pferd, Katze und Hund eine Erkrankung gefunden hat, die der menschlichen Diphtherie sehr ähnlich sei; er meint, dass diese Erkrankung, als deren Infectionsträger Haare, Wolle, Federn, Borsten anzusehen seien, auf den Menschen übertragbar sei; für die Uebertragung der Vogeldiphtherie auf den Menschen tritt Ferré (397) von Neuem ein. — Semon (530) berichtet über einen Fall, bei dem wahrscheinlicherweise die Butter als Infectionsquelle anzusehen ist.

Ueber den Werth des Serums zu Immunisirungszwecken kann man sich nach den vorliegenden Arbeiten immer noch kein zuverlässiges Urtheil bilden. Anders (136) hat zwar 422 Kindern die Immunisirungsdosis gegeben, ein endgültiges Urtheil über die Wirksamkeit dieser Methode ist ihm aber nach seinem eigenem Urtheil bisher nicht möglich. Je grösser die Dosis, um so länger dauert

jedenfalls ihre Wirkung; zu ähnlichen Resultaten kommt Adams (189). — Sterkowski (241) dagegen bekämpft die Anwendung des Serum zu Immunisirungszwecken und bei Mischinfection; nur bei reiner Diphtherie entfaltet es nach St. seine günstigen Eigenschaften. — An dieser Stelle ist auch einer Mittheilung von Ikehaxa und Hasseganda (22) Erwähnung zu thun, die bei einem Knaben 14 Tage nach der Seruminjection ein tödtliches Recidiv beobachteten; allerdings wird das Krankheitsbild durch intercurrirende Masern complicirt. — Ueber die Complicationen, die er bei 100 mit Serum behandelten Diphtheriefällen beobachtet hat, berichtet Bolton (137); er fand Ausschlag, Gelenkschmerzen, Temperatursteigerung; Albumen in 54 Fällen, während bei 100 anderen, nicht mit Serum behandelten Fällen nur 24,1 pCt. Albumen zeigten. — Uchida (24) sah 30 Minuten nach einer Seruminjection eine Temperatursteigerung auf 39°, Dyspnoe mit inspiratorischem Stridor, krampfhafte Contraction der Athemmuskeln und urticariähnlichen Ausschlag. Nach einigen Stunden war alles vorüber.

Zahlreich sind die Mittheilungen, die über Nachkrankheiten berichtet werden; so erwähnt Woollacott (87) 3 Fälle von Herzthrombose nach Diphtherie, Edgeworth (135) einen Fall von Thrombose in der Basilararterie. — Ueber die Art, wie nervöse Nachkrankheiten bei Diphtherie zu Stande kommen, verbreitet sich Mya (23). Er ist der Ansicht, dass während des Verlaufes einer diphtherischen Infection gewisse Mengen von Toxinen im Innern der Gewebe zurückbleiben können. Diese verursachen in der ersten Zeit locale Läsionen der Nervenendigungen, später kann der Krankheitsprocess in seinem centripetalen Verlauf durch die Nervenbahnen die centralen Partien erreichen. — Seifert (312) empfiehlt zur Behandlung diphtherischer Stimmbandlähmung neben der Anwendung von Elektricität und roborirenden Mitteln methodische Athem- und Stimmübungen. — Batten (240) untersuchte in 5 ad exitum gelangten Fällen, die mit Lähmungen combinirt waren, die Nerven. In 4 Fällen fand er charakteristische Veränderungen, im 5. waren sie trotz 80tägiger Krankheitsdauer nicht nachzuweisen. — Huber (87), Woollacott (448) glauben, dass diphtherische Nervenlähmungen um so seltener auftreten und um so milder verlaufen, je früher die Seruminjection vorgenommen wird.

Die günstigen Erfahrungen früherer Jahre über die Erfolge des Diphtherieserums werden von Neuem und von den verschiedensten Seiten bestätigt. Wir heben die Urtheile folgender Autoren hervor:

Marcuse, Wenner (25), König (26), Sigel-Stuttgart, Königsberg-Russland, Sevestre-Paris (88), Violi-Constantinopel, Fibiger-Kopenhagen, Baginski-Berlin (89), Rauchfuss-Russland (90), Massei-Neapel (135), M. Schmidt-Riga (188), Tonkin, Jefferis Turner-Brisbane, Duenas-Cuba (449), Zaunttini-Italien (531), Wright-Amerika, Turner-Australien (534). — Ein ungünstiges Urtheil über diese Methode giebt Herrman (26) ab; seine absprechende Meinung erfährt aber eine eingehende Erwiderung von Robin (343). Auch Rupp (491) äussert Zweifel an der Heilkraft des Serum. — Im Willard Parker Hospital-New York (24) hat man die eine Hälfte der Diphtheriefälle mit Chlor, die andere mit Serum behandelt. Der Eindruck war, dass die Chlorbehandlung zwar unschädlich, aber auch nutzlos sei. — Die Tubage bei der Diphtherie

findet immer mehr und mehr Anhänger. So sahen Comba und Simonetti (138) in der Kinderklinik von Florenz die Sterblichkeit der daselbst wegen diphtherischer Larynxstenose operirten Kinder von 60 pCt. auf 26,58 pCt. herabgehen. Sie sehen in der Intubation eine segensreiche Methode, widerrathen aber deren Anwendung bei Kindern unter 2 Jahren, bei Rachitis und bei Bronchopneumonie. Gelegentlich lassen sie die Tracheotomie der Intubation folgen. — Auch Massei (492) erklärt sich für einen warmen Anhänger der Methode. A. Kuttner.

E. Kehlkopf und Luftröhre.

Eine nicht unwesentliche Bereicherung hat die vergleichende Anatomie und die Entwicklungsgeschichte des Kehlkopfes in diesem Jahre erfahren. Unter den einschlägigen Arbeiten heben wir hervor eine Studie von Symington (92). S. schliesst sich der Ansicht von Nicolas und Kallius an, wonach der Schildknorpel aus der Verschmelzung zweier lateraler Kiemenbögen hervorgeht. Semon nimmt diese Ansicht auf zur Erklärung eines von ihm beobachteten Falles, bei dem beide Schildknorpelhälften nur durch eine ligamentöse Verbindung zusammenhingen. — Henke (191) giebt eine entwicklungsgeschichtliche Erörterung der verschiedenen Formen der Epiglottis. — Galatti (93) untersuchte die Verschiedenheiten im männlichen und weiblichen Kehlkopf des Kindesalters. — Hansemann (93) führt die Morgagni'schen Ventrikel nicht auf eine hypothetische 5. Visceraltasche zurück, sondern auf die Zerrung, welche durch die Ausdehnung des Schildknorpels und das Hinaufsteigen des Zungenbeins veranlasst ist. Beim Erwachsenen wie beim Kinde zeigen die Ventrikel vielfache Varietäten. — Livini (197) bemerkt zu der Entwicklungsgeschichte der Trachea, dass von den elastischen Fasern die longitudinal verlaufenden sich am frühesten entwickeln. Auch die Drüsenanlagen waren bei einem 13 cm langen Fötus schon nachweisbar. — Einen interessanten Vortrag mit Demonstrationen hält E. Meyer (410) über die Anlage der paarigen und unpaarigen Luftsäcke bei den Affen. — Hervorzuheben ist noch eine Mittheilung von Berthold (93), der bei einem 22jährigen Individuum mit weiblichem Namen einen Hermaphroditismus masculinus durch den Kehlkopfspiegel diagnosticirte.

Gregor (97) fand bei einem an Dyspnoe im 5. Monat verstorbenen Kinde in der Mitte der Trachea eine sanduhrförmige Einschnürung, an der die Pars membranacea fehlte. — v. Schrötter (97) berichtet über einen Patienten, bei dem er endotracheale Exostosen und Ecchondrosen diagnosticirte, die per vias naturales entfernt wurden. — Hierher gehört auch die Mittheilung von Cousin (93), der ein Kind 25 Minuten nach der Geburt verlor, bei dem die ossificirte Epiglottis in ihrem ganzen Umfange an den unteren Knorpeln adhärirte. — v. Brancgoldt (94) berichtet über einen Fall, bei dem eine nach Laryngofissur auftretende Stenose des Larynx durch Transplantation eines Stücks vom Rippenknorpel mitsammt dem Perichondrium und nachfolgender Intubation geheilt wurde.

Mit den Lagebeziehungen des Kehlkopfes zur Wirbelsäule beschäftigt sich eine Arbeit von Betti Ugo Arturo (191). — Das Verhältniss des Aortenbogens

zum linken Bronchus hat ein für das Aneurysma des Aortenbogens nicht unwesentliches Symptom ergeben, dessen Häufigkeit von A. Fränkel (97) bestätigt wird. Wenn man nämlich bei möglichst weit nach hinten übergebeugtem Kopfe die Kehlkopfknorpel zwischen dem ersten und zweiten Finger unter leichtem Druck von unten nach oben schiebt, so fühlt man in solchen Fällen ein pulsatorisches Schlagen des Kehlkopfes nach unten.

Donogany (35) stellte fest, dass die Taschenbänder bei der Phonation regelmässige Bewegungen machen, welche durch den in ihnen gelegenen Muskel bedingt sind. Unter pathologischen Verhältnissen können sie für die Stimmlippen einen gewissen Ersatz leisten. — Valentin (243) meint, dass die alte Anschauung, nach welcher die Stimmritze beim Hustenstoss durch den Luftdruck gesprengt werde, nicht aufrecht erhalten werden kann. Es wird vielmehr die vorher krampfhaft geschlossene Glottis weit geöffnet durch eine Reflexcontraction der beiden Postici, welche den Adductorenverschluss überwindet.

Moulton (345) bringt eine Abhandlung, die sich mit der Nomenclatur und der Pathogenese der acuten Kehlkopfentzündungen befasst. — Gallois (346) beschreibt eine Form der Laryngitis, die hauptsächlich die subglottischen Partien betrifft und keuchhustenähnliche Symptome macht. — Avellis (347) sieht in der Schwangerschaft ein die Neigung zu trocknen Catarrhen begünstigendes Moment. — Freudenthal (348) berichtet über einen Fall von chronischer Urticaria laryng., die mit grösseren Pausen seit Jahren besteht, gleichzeitig mit Hauturticaria auftritt und sich im Wesentlichen auf der Epiglottis abspielt. — Ein Fall von Pemphigus, der nur die Schleimhaut des Mundes und des Kehlkopfes ergriffen hatte, wird von Bryan (348) mitgetheilt. — Gellé fils (508) sah zweimal hämorrhagische Laryngitis bei Leuten, die schwere Lasten auf dem Kopf zu tragen gewohnt sind, und glaubt, dass die Congestion des Larynx, die durch diese Arbeit bedingt wird, diese Affection veranlasst.

Baurowicz (193) berichtet über einen interessanten Fall von typischem Gelenkrheumatismus, der mit einer Fixation des linken Cricoarytaenoid-Gelenkes begann und der in typischer Weise verlief. — Einen ähnlichen Fall erwähnt Potain (348).

Einen ganz eigenartigen Fall von angioneurotischem Oedem des Gesichtes, des Rachens und des Kehlkopfes beschreibt Damieno (346). Die ganze Affection, die extremste Athemnoth ausgelöst hatte, ging in wenigen Stunden vorüber. — M. Richter (346) ist der Meinung, dass das Oedem am Kehlkopfeingang bei Wasserleichen eine postmortale Erscheinung sei. — Bacaloglu (451) berichtet über 2 Todesfälle, durch Asphyxie bei Larynxödem; in dem einen Fall war die Affection eine syphilitische. — Einen Fall von Jodödem beschreibt Avellis (346), einen Abscess an der Vorderfläche der Epiglottis Howe (347). — Marsden (494) unterscheidet bei den durch Typhus bedingten Larynxaffectionen drei Formen: 1. die ödematöse Laryngitis, 2. die ulcerative Laryngitis und 3. die laryngeale Perichondritis.

A. Kuttner (297, 298), veröffentlicht einen Fall von Pachydermie, der an beiden Proc. vocales Dellen mit schalenförmigen Wülsten zeigt. Auf der einen Seite sind die Veränderungen wesentlich stärker ausgeprägt als auf der anderen.

Da die beiden Stimmlippen stufenförmig über einander lagen, so liegen auch die Wülste so über einanander, dass ein Ineinandergreifen derselben ausgeschlossen ist. In Folge dessen sieht K. in diesem Fall einen Beweis dafür, dass die pachydermatischen Dellen an den Proc. vocal. nicht immer durch Ineinandergreifen der Wülste (B. Fränkel) entstehen müssen, sondern auch durch eine andere Ursache, nämlich durch die feste Verbindung zwischen Knorpel und Schleimhaut (Virchow), bedingt werden können. Réthi (298) glaubt, dass das beschriebene Kehlkopfbild noch auf andere Weise hätte entstehen können und will diesen Beweis in K's. Sinne nicht gelten lasssn. Kuttner (298) hält den Entstehungsmodus, den Réthi angiebt, für willkürlich und durchaus unwahrscheinlich und bleibt bei seiner Ansicht. — Casuistische Beiträge für die Pachydermie liefern Anderodios, Oseki (297).

Przedborski (495) hat, gestützt auf 14 eigene Beobachtungen und eine Reihe von bereits früher in der Literatur niedergelegten Fällen, die Affectionen, die die Schwangerschaft im Kehlkopf auszulösen im Stande ist, einer eingehenden Betrachtung unterzogen. Wir finden die Lähmungen der verschiedenen Muskeln und Nerven, verschiedene Formen der Schleimhautentzündungen, eine Ozaena, eine Tuberkulose des Larynx und einen Polypen.

Onodi (28) glaubt durch seine Untersuchungen an perforirten Neugeborenen und Missgeburten das subcerebrale Phonationscentrum, das er im Gegensatz zu Grabower und Klemperer beim Hunde zwischen den hinteren Corpora quadrigemina und dem Vagusgebiet angenommen hat, auch für den Menschen nachgewiesen zu haben.

Mit der Frage über die Lage der Kerne des Vagus, Accessorius und Hypoglossus beschäftigt sich eine Discussion zwischen v. Zander und Grabower (29, 411). v. Z. (29) stellt einen Patienten vor, der rechts motorische Lähmung des Gaumensegels, Lähmung sämmtlicher Kehlkopfmuskeln, des Sternocleidomastoeideus, eines Theiles des Cucullaris, ferner Sensibilitätsstörungen im Pharynx und Larynx, links Lähmung eines Theiles der Kehlkopfmuskeln und Sensibilitätsstörungen am Gaumensegel und im Kehlkopf, ausserdem Pulsbeschleunigung, erhöhte Athemfrequenz und Erscheinungen seitens des Magens aufwies. Er glaubt, dass dieses Krankheitsbild sich mit den neuen Lehren Grabower's schwerer in Einklang bringen lässt, als mit den früher herrschenden Anschauungen. Grabower misst diesem Fall keinerlei Beweiskraft im Sinne des Vortragenden zu; die beweisende Autopsie steht aus. Dasselbe Thema kommt zur Erörterung gelegentlich der Demonstration eines ähnlichen Falles durch Tilley (545).

Der Nv. recurrens ist nach Réthi (27) in der Mitte und wahrscheinlich auch in seinen unteren Partien rein motorisch; in seinem peripheren Verlauf aber fand R. auch sensible Fasern, welche vom N. laryng. sup. durch den Ramus communicans kommen. — Onodi (27) weist nach, dass im Recurrens Faserbündel aus dem Sympathicus, aus den Herznerven und aus dem N. laryng. sup. verlaufen. Der Austausch der Fasern zwischen N. laryng. sup. erfolgt in der Ansa Galeni und im Gebiet des Musc. arytänoid. transvers. — H. Krause (248) hat von neuem Versuche mit seinem bekannten Druckverfahren angestellt; die er-

haltenen Resultate betrachtet er als eine Stütze der Grossmann'schen Auffassung von der Reccurenslähmung. — Neumayer (317) hat einen Fall mikroskopisch untersucht, bei dem die eine Stimmlippe länger als ein Jahr in der sog. Cadaverstellung gestanden hatte. Es zeigten sich in dem Recurrens und in den von ihm versorgten Muskeln die typischen Degenerationserscheinungen, der M. cricothyreoideus war auf beiden Seiten normal — ein neuer Beweiss gegen die Grossmann'sche Auffassung von dem Einfluss dieses Muskels auf die Stellung der Stimmlippe bei Recurrenslähmung.

Sendziak (30, 31) hat eine umfassende Darstellung von Kehlkopferscheinungen bei den verschiedenen Erkrankungen des Centralnervensystems gegeben, unter seinen Beobachtungen finden sich Fälle von Tabes, Syringomyelie, Paralysis bulbaris progress., Haemorrhag. und Encephalomalacia cerebri u. s. w. — Baurowicz (31) erörtert die Larynx-Symptome bei Syringomyelie an der Hand eines Falles, bei dem sich eine doppelseitige Posticuslähmung entwickelte, die B. Schritt für Schritt verfolgen konnte. — Einen ähnlichen Fall hat Drualt (30) beobachtet; bei seinem Patienten veranlasste die geringste Anstrengung schwere Dyspnoe. — Money (453) sah nach Influenza Lähmungserscheinungen auftreten, die mit der Bulbärparalyse grosse Aehnlichkeit hatten. — Portela (454) musste in 2 Fällen von Posticuslähmung auf syphilitischer Basis die Tracheotomie vornehmen; auf specifische Behandlung verschwand die Lähmung vollständig.

Baumgarten (151) demonstrirt einen Fall von Recurrenslähmung mit Erschlaffung der ary-epiglottischen Falte, wodurch ein Tumor vorgetäuscht wurde. Potter (206), Bowlby (208); St. Clair Thomson, Permewan und Semon (547) berichten über Recurrenslähmung nach Influenza. Nitrill (29), Beale (548) sahen doppelseitige Recurrenslähmung in Folge von Oesophaguscarcinom, Lake (551) in Folge von Syphilis. — Mc. Coy (29) berichtet über drei das Leben gefährdende, doppelseitige Abductorenlähmungen im Verlauf des Typhus.

Sicard (97) fand, dass die Angstempfindung, die bei Gesunden durch Percussion oder Compression der Trachea ausgelöst wird, bei manchen Krankheiten des Nervensystems (Tabes, allgemeine Lähmung, Hysterie) fehlt. Es steht das mit anderen Erscheinungen von visceraler Analgesie, die bei Tabes beobachtet werden, im Einklang.

Houssay (247) bringt eine historische Studie über die verschiedenen neuropathischen Stimmstörungen. — Deane (249) fand hysterische Aphasie bei einem 5jährigen Kinde. — Crocq (250) berichtet über 2 Fälle von traumatischer Aphasie. — Hunt (463) beobachtete eine Patientin, deren hysterische Aphonie 11 Jahre anhielt. — Schmiegelow (467) demonstrirt ein 31jähriges Mädchen, bei dem in Folge von functionellem Inspirations- und Intonationsspasmus die Tracheotomie gemacht werden musste.

Thorne (210) demonstrirt einen Fall von Ictus laryngis, der von anderer Seite als Ohr- oder Herzschwindel aufgefasst wird. Eine weitere Mittheilung zu diesem Thema bringt Posthumes Meyjes (246). — Onodi (315) stellt fest, dass unter dem Namen Chorea laryngis eine Reihe von Affectionen zusammengeworfen werden, die abgesehen von einer rein äusserlichen Aehnlichkeit nichts

mit einander gemeinsam haben. Er macht den Vorschlag, dass man nur diejenigen Fälle als Chorea laryng. bezeichnen soll, bei denen echte choreatische Bewegungen im Larynx constatirt wurden, die mit einer allgemeinen Chorea minor Hand in Hand gehen.

Ganghofner (246) fand, dass fast alle Kinder, die an Laryngospasmus leiden, rachitisch waren und dass der Spasmus glottidis gewöhnlich mit Tetanie combinirt ist. Er empfiehlt die diätetische Behandlung durch Verabreichung von Phosphor zu unterstützen. — Sevestre(246), Richardière(247) geben an, dass länger dauernde Larynxkrämpfe, die eine Intubation nothwendig machen, durch Ulcerationsprocesse im Bereich der oberen Luftwege oder auch in der nervösen Disposition des betreffenden Individuums bedingt sein können.

Horne (58) bespricht die Pathogenese und die klinischen Frühzeichen der Larynxtuberculose. Mikroskopisch fand er zuerst gewöhnlich eine Affection der Drüsen in den Wänden des Morgagni'schen Ventrikels. Er schildert die Entstehung der tuberculösen Riesenzellen. Klinisch fand er im Anfang Störungen der Sensibilität, Anämie oder Hyperämie, vorübergehendes Oedem, Störungen der Stimmfunction und Schwächung der Muskelbewegungen. — Dass die Einseitigkeit entzündlicher Stimmbandaffectionen den Verdacht auf Tuberculose nahelegt, wird von Neuem hervorgehoben durch St. Clair Thomson, de Havilland Hall, Beale, Tilley, Semon (106). — Magenau (138) hat in der Jurasz'schen Klinik 400 Phthisiker daraufhin untersucht, ob die von Krieg angenommene Gleichseitigkeit der Lungen- und Kehlkopferkrankung auch in diesen Fällen nachweisbar ist. M.'s Resultate stimmen mit den Krieg'schen (s. vorj. Jahresber. S. 573) nicht überein. M. will auf Grund seiner Untersuchungen nicht etwa die Annahme, dass die Infection des Kehlkopfes von den Lungen her durch die Lymphbahnen erfolge, bestreiten, er glaubt nur, dass die Annahme sich nicht durch die Statistik beweisen lässt. — Für die Frage von der Heilbarkeit der Tuberculose dürfte von grossem Interesse sein ein Vortrag, den L. v. Schrötter (140) gehalten hat, in dem er unter Demonstration zweier geheilter Fälle von schwerer Lungen- und Kehlkopftuberculose proclamirt, dass die Tuberculose in allen ihren Stadien heilbar sei.

Für die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose treten an der Hand von geheilten Fällen ein: Gleitsmann (140), Goris (143, 270) — Thyrotomie —, Delsaux (270), Dabney (496). — Einen Fall von Spontanheilung tuberculöser Kehlkopfgeschwüre berichtet Eiserbarth (351). — Des Weiteren wird zur Behandlung der Kehlkopftuberculose empfohlen die intratracheale Injection flüchtiger Oele von Mendel (351, 451); Formaldehyd von Gallagher (141); Inhalationen eines Gemisches von Dämpfen von Menthol, Bromoform und Orthoform von Lacroix (496); Paramonochlorphenol von Richards (141); Orthoform von Kassel, Dickermann (142), Freudenthal (351, 497); Phenol. natrosulforicinicum von Baumgarten (116); Chlorzink von Castex (351).

Massei (143) verwahrt sich gegen die Trennung von Lupus und Tuberculose. — Eine ausführliche klinische Studie über den Lupus laryngis mit 20

Krankenberichten veröffentlicht Mygind (496); er hält es für practisch, 5 klinische Stadien zu unterscheiden.

Arslan (349) beschreibt als Symptome, die für die Kehlkopfsyphilis von Kindern charakteristisch sind, Dysphonie, Husten, Coryza und Stenose. — Damieno (349) stellt gelegentlich eines Falles von Stenosis hypoglottica, bedingt durch einen Gummiknoten, die Indicationen für die Tubage auf. — Weitere Fälle von Gummibildung im Kehlkopf werden beschrieben von Cordes, Kohnert (350), Neumann (452). — Ueber die Häufigkeit von Rachen- und Kehlkopfaffectionen bei Syphilis finden wir eine Zusammenstellung von Jordan (494).

Zahlreich sind die Mittheilungen über die Stenosen in den oberen Luftwegen; wir heben hervor die Berichte von Preindlsberger, Schultz (98), Jones und Keen, Holzknecht (99). S. 191—192; Otto (192) erzählt von einer Patientin, die seit 12 Jahren an Pemphigus der Haut, der Augen und der Schleimhäute des Respirationstractus litt. Im Larynx hatte sich ein Diaphragma gebildet. — Comba und Simoneti, Rundström (195) erörtern die Behandlung der Larynxstenosen. — Schmiegelow (204) stellt 2 Fälle von Larynxstenose vor, die durch Perichondritis der Cartil. cricoidea veranlasst waren. — Zwaardemaker (498) beobachtete ein Kind, das von Geburt an hochgradiger inspiratorischer Dyspnoe litt. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte beide Stimmlippen in der Mittellinie. Die Tracheotomie wurde verweigert. Im Alter von $2^1/_2$ Jahren starb das Kind in einem Erstickungsanfall. — Kraus (498) fand bei einem 21jährigen Patienten ein membranöses Kehlkopfdiaphragma, das die vorderen zwei Dritttheile der Stimmlippen verschloss. — v. Mangoldt (498) hat bei schweren Larynxstricturen, wo die Narben bis auf den Knorpel reichten, zum Ersatz der Knorpeldefecte mit Erfolg Rippenknorpel verwendet.

Die Berichte über die durch Intubation erzielten Erfolge lauten immer günstiger, s. darüber S. 196, 399—405. Auch die früher von Sevestre und Variot aufgestellte Einschränkung, dass man die Tubage nur in der Hospitalpraxis anwenden dürfe, wird von Trumpp, Escat (403, 404) für ungerechtfertigt gehalten.

Einen lesenswerther populär-medicinischer Vortrag über die Hygiene der Stimme hat Körner (36) gehalten. — J. C. Skene (36) verbreitet sich über den diagnostischen Werth der Stimme, die über den Zustand des Gehirns und Nervensystems bessere Auskunft giebt als die Sprache. — Abrahams (38) empfiehlt zur Heilung der Aphonie und Dysphonie bei Laryngitis die Stelle, wo der innere Ast der oberen Kehlkopfnerven in den Larynx eintritt, mittelst Methylchlorid oder eines Sprays von Rhigolen zum Gefrieren zu bringen. — Einen eigenartigen Fall von Sprachstörung berichtet Makuen (39). Es handelt sich um einen Jungen von 15 Jahren, der durchaus nicht schwachsinnig war, aber die einfachsten Buchstaben und Worte nicht behalten konnte. Systematische Uebungen ergaben eine schnelle Besserung. — Rousselot (252) empfiehlt zur Behandlung von Sprachfehlern einen Apparat, den der Patient in den Mund nimmt und der die Bewegungen der Zunge und des Kehlkopfes registrirt. Der Patient kann auf diese Weise sehen, wo er von der Norm abweicht und sich selbst controliren.

Casuistische Beiträge für die verschiedenen Arten von Sprachfehlern werden erwähnt S. 41, 42, 253. Makuen (253) berichtet über einen Fall von Worttblind-

heit. Röhr (408) über Aegophonie mit Diplophonie und Dysphonia spastica. — Fälle von hysterischer Taubstummheit werden berichtet von Antony (39, 249), Veis (39). Eine zusammenfassende Abhandlung über Sprachstörungen und ihre Erziehungstherapie giebt Ley (252).

Auf die schädlichen Folgen, die eine forcirte und unzweckmässige Athmung auf die Singstimme ausüben, macht Seiler (36) aufmerksam. — Ziencia-kiewicz (37) und Hellat (37) sind der Ansicht, dass die schon von Mandl für Sänger empfohlene Abdominalathmung für diese den einzig richtigen Athmungstypus darstellt. Ihren Vorzug sieht H. darin, dass dadurch Thorax und Bronchien während des Singens nahezu unverändert bleiben und dass die Bauchmuskeln dem Willen besser gehorchen. Auch Ypes (251) empfiehlt den costo-abdominalen Athmungstypus bei beiden Geschlechtern. — Th. S. Flatau (38) empfiehlt den Phonographen zur acustischen Darstellung, zum Studium und zur Controle bei Stimmstörungen. — Breitung (251) meint, dass die z. Z. in Gebrauch befindlichen Walzen für die Pathologie noch keine bindenden Schlüsse zulassen. — Maljutin (37) sucht nachzuweisen, dass die Form des harten Gaumens eine sehr hohe Bedeutung für die Singstimme hat. — Paulsen (250) veröffentlicht Untersuchungen über die Tonhöhe der Sprache.

Spiess (40), Curtis, Grant (55) rathen bei nervösen und entzündlichen Störungen der Sprech- und Singstimme zu methodischen Sprachübungen. Curtis erwartet von diesen auch bei ausgebildeten Sängerknötchen noch Erfolg, Spiess dagegen meint, dass ausgebildete Knötchen sich nur durch operative Eingriffe beseitigen lassen. — A. Rosenberg (298, 411) konnte bei verschiedenen Patienten die Fränkel'sche Auffassung von der Entstehung der Sängerknötchen durch Verstopfung dort befindlicher Drüsen bestätigen. Bei unzweckmässigem Verhalten der Patienten entwickelt sich zuweilen eine mehr diffuse Verdickung der Stimmlippe rings um das Knötchen. — Multiple Sängerknötchen beobachtete Compaired (94).

Von den zahlreichen Berichten über benigne Tumoren des Kehlkopfs und der Trachea heben wir folgende Beobachtungen hervor: Amyloid-Geschwülste wurden beobachtet von Martuscelli (94) und P. Manasse (300); dieser unterscheidet gemeine Amyloidgeschwülste und präformirte Bindegewebsgeschwülste, die erst später amyloide Entartung zeigen. — Ueber Papillome berichten Horne (109), Grant (213), Parker (213), Masini (302). — Scanes Spicer (211) hat ein $3^1/_2$jähriges Kind in 3 Sitzungen durch operatives Eingehen bei allgemeiner Narkose mit localer Cocainanästhesie geheilt. — Ewing (536) berichtet von einer Patientin, bei der ein subglottisches Papillom zur Erstickung führte. — Angiom und Lymphangiom wurden beobachtet von Milligan (108), Goris (505), Trask (535).

Ueber Fibrome und Lipome berichten Garel (502); über Cysten Bark (111), Hamilton, Lonys (299, 535). — Eine eingehende Mittheilung über Knorpelgeschwülste verdanken wir Alexander (537).

Die Behandlung maligner Kehlkopftumoren zeigt fortschreitend bessere Resultate. Nach Semon (305) ist sogar die von Sendziak (305) neuerdings aufgestellte Statistik noch nicht geeignet, die Fortschritte auf diesem Gebiete ge-

nügend darzuthun, weil sie nicht auf einer zweckentsprechenden Grundlage aufgebaut ist.

Rutsch (96) empfiehlt aufs Wärmste die Kocher'sche Operationsweise, der er den Hauptantheil an der Besserung der Resultate zuschreibt. Wichtig sind die Trendelenburg'sche Schräglage mit Roser'scher Hängelage des Kopfes, Localanästhesie, einfache Thyreotomie ohne Querschnitt, Nachbehandlung bei gewöhnlicher Trachealcanüle etc. Aehnliche Ansichten und Rathschläge äussert Keen (96) und v. Navratil (540). — Casuistische Mittheilungen rühren her von Wölfler, Wolkowitsch (95), Semon (107), Lennox Browne (110), Woods (111), Hopmann (147) und vielen Anderen, s. S. 303, 304, 305, 538 bis 542. — Ueber Sarcome der Trachea berichten Prota (198, 306), Lemoine (305), Boschi (306).

Zahlreich ist auch in diesem Jahr die Fremdkörperliteratur. Interessante lehrreiche Fälle, bei denen Fremdkörper in den Kehlkopf oder die Luftröhre eingedrungen waren, werden mitgetheilt von Walker Downie (56), Ehrnrooth, Marique, Kiderlen (194), Shields, Patton, Bell, Vignard, Crisler (399 bis 401), Downie, Reimer (452). — Killian (194) berichtet über zwei Fälle, in denen Fremdkörper in die Lunge gerathen waren. Der eine konnte durch die Bronchoscopia inferior entfernt werden (bei einem 4jährigen Knaben); im 2. Fall, bei einem 9jährigen Knaben, wurde nichts gefunden; der Knabe genas. — v. Schrötter (455) entfernte eine Bleiplombe aus einem Bronchus zweiter Ordnung auf bronchoskopischem Wege.

Dittrich (453) glaubt durch Versuche an der Leiche den Beweis erbringen zu können, dass der Nachweis der Fractur eines Schildknorpelhornes intra vitam nicht möglich ist. — Kamnew und Saitta (193) theilen je einen Fall von Kehlkopffractur mit, der tödtlich verlief, weil die Tracheotomie nicht rechtzeitig ausgeführt werden konnte. — Earle (453) konnte zwei erst 13 Stunden nach der Verletzung zur Behandlung kommende Fälle von Durchschneidung der Trachea bez. des Kehlkopfes durch die Naht zur Heilung bringen.

Eine hämorrhagische Form des chronischen Trachealcatarrhs, bei denen infolge von Varicenbildung in der Trachealschleimhaut grössere oder kleinere Hämorrhagien erfolgen, die leicht Veranlassung zu Verwechselungen mit tuberculösen Processen geben können, werden von Massei und Pisenti (197) beschrieben. — Kuhn (198) theilt 2 Fälle von membranöser Tracheitis mit, die sich im Anschluss an pneumonische Erkrankungen entwickelt hatten. Die Membran bestand das eine Mal aus Fibrin und Leukocyten, das andere Mal fand sich eine lebhafte Beimischung von Mucin. — Courtade (198) berichtet über eine Compression der Trachea durch ein Aneurysma, die eine Lähmung der Eröffner vortäuschte.

Instrumente und Apparate: Künstlicher Kehlkopf für Laryngectomirte von Gluck (40). — Gedeckter Aetzmittelträger für Trichloressigsäure von Hecht (314). — Reflector mit peripherer Durchlochung, zur Erleichterung des binocularen Sehens von Schönstedt (408). — Ein neuer Tamponträger für den Kehlkopf von Ed. Meyer (542). — Ein fixirbarer Kehlkopfspiegel von Paunz (542).

A. Kuttner.

F. Schilddrüse.

An Präparaten, die Civalleri (499) von Schilddrüsen frisch getödteter Meerschweinchen mittelst der Golgi'schen Methode herstellte, konnte er nachweisen, dass ausser den vasomotorischen noch besondere secretorische Nerven vorhanden sind.

Wenn von den 4 Nebenschilddrüsen bei der Operation nur eine zurückbleibt, treten die Erscheinungen, die Capobianco und Mazziotti (456) sonst bei der experimentellen Parathyroidectomie constatirten, nicht ein. Bei den Nebenschilddrüsen lässt sich demnach bestens das Gesetz demonstriren, dass ein relativ kleiner Theil eines Organplexus die Function des Ganzen zu unterhalten vermag. Moussu (100) berichtet über die therapeutische Wirkung der Nebenschilddrüsen. Livini (542) stellte Untersuchungen über die Morphologie der Arteriae thyreoideae an. Gley (99) glaubt, dass die Function der Parathyroiddrüsen dieselbe sei wie die der Thyreoidea selbst; er fand in den ersteren noch mehr Jod als in den letzteren.

Nach Blum (306) ist die Jodsubstanz der Schilddrüse nicht, wie Baumann annahm, eine aus einem Jodantheil und einem Eiweisskörper gepaarte Verbindung, sondern eine Jodeiweisssubstanz, ein mit Jod gesättigtes Toxalbumin. Nach Herausnahme der Schilddrüse finden sich bei den verendeten Thieren Veränderungen an den Ganglienzellen des Centralnervensystems. Die Schilddrüse ist somit ein Schutzorgan für das Centralnervensystem, indem sie bestimmte, die Ganglienzellen schädigende Stoffe aus dem sie durchspülenden Blute aufgreift; dies geschieht wahrscheinlich dadurch, dass eiweissartige Stoffe derselben das freie Gift an sich fesseln. Das aus dieser Verbindung hervorgehende Thyreotoxalbumin wird innerhalb der Drüse durch Oxydationsprocesse entgiftet. Es entsteht dabei als intermediäres Product der theilweise mit Jod gesättigte toxische Eiweisskörper. Die Schilddrüse ist eine Fesselungs- und Entgiftungsorgan gegenüber schweren, im Organismus entstehenden Nervengiften. Lafayette B. Mendel (499) stellte fest, dass die Nebenschilddrüsen beim Menschen mehr Jod enthalten können, als die eigentliche Schilddrüse; die Schilddrüser neugeborener Kinder ist jodfrei. Anderson und Bergman (99) stellten experimentell-physiologische Untersuchungen über den Einfluss der Schilddrüsenfütterung auf den Stoffwechsel des gesunden Menschen an. Moussu (99) fütterte junge Thiere regelmässig mit Schilddrüse und beobachtete danach bei Hunden und Katzen ein schnelleres Wachsthum als es Vergleichsthiere zeigten, die von demselben Gewicht waren und bis auf die Schilddrüsenzufuhr unter denselben Bedingungen gehalten wurden. Steinlin (543) wies experimentell nach, dass bei Thieren, denen die Schilddrüse exstirpirt war, die Bildung und Resorption des Callus nach einer Fractur mangelhaft verlief; diese Erfahrungen würden der kürzlich empfohlenen Anwendung von Thyroidextract bei Fracturen eine Unterlage geben. Ueber Idiotie mit mongoloidem Typus und Schilddrüsenmangel berichtet Schlotter (309).

Dickson (353) theilt Beobachtungen über die Beziehungen des Uterus zur Schilddrüse mit. Ueber die Schilddrüse und die Menopause berichtet Burr (456). Jeulain (43) schreibt über Jodothyrin bei Thyroid-Chlorose. Mourray (456)

veröffentlicht 1 Fall von Typhus complicirt mit Schilddrüseneiterung und Orchitis. Küttner (254) berichtet über Struma syphilitica, Hültl (200) über die luetischen Erkrankungen der Schilddrüse. Hare (42) veröffentlicht 1 Fall von acuter Thyroiditis. Schiff (456) schildert 1 Fall von beweglicher Struma substernalis, Wakabayaski (42) eine accessorische Struma am Zungengrunde. Jäger (144) berichtet über Strumametastasen; danach können nicht nur carcinomatöse und und sarcomatöse, sondern auch gutartige Schilddrüsenhypertrophien Metastasen verbreiten, welche durchaus den Charakter reiner Schilddrüsenadenome ohne jegliche maligne Beimischung bewahren und auch die Function der Schilddrüse nach Totalexstirpation der Mutterorgane übernehmen können. Brian (144) beschreibt die Exstirpation eines umfangreichen Kropfs. Schaefer (353) bespricht die Anatomie der Schilddrüse sowie die Pathologie und Therapie des Kropfs. Kraus (100) schreibt über das Kropfherz. Kocher (199) berichtet über glykogenhaltige Strumen. Barth (43) hatte bei 30 Strumafällen mit Thyreodinbehandlung in 73 pCt. guten, in 17 pCt. geringen, in 3 Fällen keinen Erfolg. Kennedy (307) gab bei Kropf in Verbindung mit der Application von rother Quecksilberjodidsalbe Thyroidextract in 5 Fällen mit gutem Erfolg. Nach Bouffleur (353, 457, 543) soll bei Kropf, wenn Thyroidextract und Jod in intraparenchymatösen Injectionen nicht hilft, frühzeitig operirt werden. Das wesentlichste Heilmittel bei Kropf ist nach Schaefer (499) das Jod. Chavette (499) giebt ein Kropfmittel. Zur Aetiologie und Symptomatologie des Kropfes äussert sich Adami (543). Bramwell (43) beobachtete Symptome von Thyroidismus bei einem Säugling nach Darreichung von Thyroidextract bei der Mutter. Ueber die Wirkung des Arseniks gegen die Schädlichkeit des Thyreoidin berichten Mabille (100, 255, 458), Red. Not. (353). Ueber Thyreoidverfütterung als entwickelungsförderndes Mittel für zurückgebliebene Kinder berichtet Vinko (44). Bei einfachem Kropf ist nach Servoss (353) die Wirkung des Thyroidextracts eine wunderbare. Ueber Galle als Correctiv bei Hyperactivität der Schilddrüse berichtet Allan (307).

Shepherd (457) empfiehlt die Operationen für alle Fälle von Kropf, die rapides Wachsthum zeigen. Schilling (42) berichtet über Tetanie nach partieller Strumektomie. Oxama (255) findet, dass nach vollständiger Exstirpation des Kropfes beim Hunde der Tod gewöhnlich im Zeitraum von 2 Monaten eintritt. Genevet (405) führte eine Exothyropexie wegen suffocativen Kropfes bei einem Kinde 3 Tage nach der Geburt aus; die Asphyxie verschwand sofort nach der Operation. Shepherd (353) schreibt über die Symptome der Bronchocele und die Resultate ihrer operativen Behandlung.

Tumoren der Schilddrüse beschreiben Kapsamer (100), Barker (254), Lederman (543), Vitrac (200), Poncet und Rivière (405), Steen (457), Potier (254), Morf (43), Cumston (100).

An den von Hönnig (145) über Morbus Basedowii vorgenommenen anatomischen Untersuchungen ist besonders bemerkenswerth, dass die Hypophysis cerebri nichts Charakteristisches zeigt, nur in einer Minderzahl von Fällen eine abnorm grosse Zahl von chromophilen Zellen. Robinson (354) hält die Basedow'sche Krankheit für eine Form von Hysterie; die Neurose führt zur Hyperaction der

Thyreoidea, welche von histologischen Veränderungen gefolgt ist und sich in der Thyreoidvergiftung äussert. Jannin (255) berichtet über constitutionellen Jodismus, Thyreoidismus und Basedow. Gautier (199) berichtet über 1 Fall, der durch eine minimale Jodbehandlung des Kropfes Thyreoidismus mit starkem Exophthalmus und allen anderen Zeichen des Basedow bekam. Boinet (500) zieht eine Parallele zwischen Diabetes und Basedow. Castaigne und Gilbert (308) schildern 1 Fall von Basedow und Tuberculose der Schilddrüse. Gilbert und Castaigne (307) beobachteten 3 Fälle von Basedow, in denen der erste sich an Typhus anschloss, im zweiten bestanden geschwollene Lymphdrüsen um die Kropfgeschwulst, im dritten handelte es sich um eine tuberculöse Sclerose. Ueber Basedow mit besonderer Rücksicht auf Pathogenese und Behandlung berichtet Vetlesen (308). Zur Behandlung des Basedow machen Mittheilungen Pitres (308), Anders (44), Kant (44), Red. Not. (44), Paulesco (145), Lanz (146), Courmont (256), Donath (354), Cox (354), Pitres (354), Tschirtek (354), Vetlesen (354), Boisvert (354), Régnier (406), Creel (457), Veslin und Leroy (255). Zabludowski (458) erzielte mittelst der localen Massage bei Basedow ausgesprochene Besserung. Doepfner (146) empfiehlt die partielle Excision der Schilddrüse bei Basedow, wenn interne Behandlung nicht zum Ziele führt. Keen (500) operirte 1 Fall von Basedow. Bonardi (500) berichtet über chirurgische und elektrische Behandlung des Basedow, Regnier (500) über Behandlung des Basedow durch den stabilen Voltastrom. Courmont (256) fand in 1 Falle von Basedow nach Dehnung des Sympathicustammes bedeutende Besserung. François Frank (256) giebt einen physiologischen Beitrag zur Frage der Sympathicus-Resection am Menschen bei Basedow. Lanphear (458) berichtet über die Resection der Halsganglien des Sympathicus bei Epilepsie, Glaucom und Basedow. Faure (256) beschreibt einen mit Myxödem tödtlich verlaufenden Fall von Basedow. Courmont (457) berichtet über 1 Fall von Basedow mit Myxödem.

Gley (160) schreibt über die pathologische Physiologie des Myxödem. Nach Ewald (100) liefert die Schilddrüse eine fermentartige Substanz, die den Stoffwechsel durch Vermittelung des Nervensystems regelt; das Myxödem ist ein durch Ausfall dieser Substanz entstandener pathologischer Zustand, der in einer Schädigung des Stoffwechsels besteht. Hertoghe (309) schreibt über die gutartige chronische Hypothyroidie oder das „abortive Myxödem". Ponfick (355) fand in einem Falle von Myxödem die Thyreoidea durch Atrophie verkleinert, die Hypophysis zeigte eine Verödung des drüsigen Theils bei unversehrtem Erhaltenbleiben des faserig-nervösen. Ratjen (355) heilte 1 Fall von Myxödem durch Schilddrüsentabletten. Runeberg (44) besserte 1 Fall von Myxödem mit Thyreoidinbehandlung, Popow (44) heilte 1 Fall von Myxödem mit Thyreoidinbehandlung. Kirk (101) giebt 2 Krankengeschichten von acuten Affectionen der Haut und der Schleimhaut des Mundes im Frühstadium des Myxödems. Bei einem Mädchen mit angeborenem Myxödem wandte Sklarek (308) mit gutem Erfolge Schilddrüsenpräparate an.

J. Katzenstein.

G. Oesophagus.

Wenn der Schluckact auf seiner Höhe unterbrochen wird, der Bissen auf den Kehlkopfeingang fällt und dort nicht mehr weggebracht werden kann, dann kann Erstickung eintreten, ohne dass nach Rischawy (45) der Bissen in die Respirationsorgane hineingerathen ist.

Fälle von Fremdkörpern veröffentlichen W. Schmidt (45), Harrington (45), Gangolphe (101), Elliot (102), Jones (200), Segond (201 und 258), Championnière (258), Eitel (310 und 356), Faludy (45), Ruoth (406), Vignard (407), Maau (407), Maitland (407), Barbera (459). Der Sitz der Fremdkörper wurde in ein grossen Zahl der Fälle mit Röntgenstrahlen nachgewiesen. Die Extraction der Fremdkörper erfolgte theils durch Oesophagotomie, theils per vias naturales. — Morestin (102) und Bayer (270 und 312) sahen spontanen Abgang von Fremdkörpern per vias naturales.

Für die Extraction per vias naturales empfehlen Reclus (258), Poirier (258) und Vignard (407) das Graefe'sche Instrument, Phocas (259), Chiari und Killian (312) warnen vor der Anwendung des Münzenfängers bei spitzen Gegenständen und bei Kindern. Hermisson empfiehlt ein von ihm selbst für diesen Zweck construirtes Instrument, das auch Phocas (356) gute Dienste leistete.

Killian (312), Gordon King (356) und W. Bartlett (500) empfehlen die Oesophagoskopie, desgleichen Blum (502), der ein Divertikel, das er mit Bismuth subnitr. füllte, während eine mit Hg gefüllte Sonde in den Magen eingeführt war, ausser mit der Oesophagoskopie auch durch Röntgenstrahlen nachweisen konnte.

Die Diagnose, Aetiologie und Therapie der Pulsionsdivertikel besprechen unter Beibringung je eines Falles Schwalbe (257) und Moesta (258). — Knoll (544) veröffentlicht eine Arbeit über die Dilatation und Deviationen der Speiseröhre. — Abbé (501) beschreibt eine divertikelartige Tasche über einer congenitalen Oesophagusverengerung. — Eine Erweiterung des ganzen Oesophagus beschreibt Keen (501). — Depage (257) operirte ein Divertikel mit Erfolg.

Von tuberculösen Processen, die allerdings sehr selten sind, kommen nach Bartlett (500) im Oesophagus vor: 1. der Tuberkel, 2. das Ulcus, 3. die Fistel, 4. die diffuse Rundzellenentzündung, die sich stets in der Umgebung der sub 1 bis 3 genannten Processe findet.

Veron und Decloux (458) sahen bei einer Alcoholistin den Exitus in Folge von Blutung aus den geplatzten Varicen des Oesophagus eintreten. Mikroskopisch handelte es sich um eine submucöse Venenerweiterung mit Hypertrophie der Muskelschicht.

Spastische Stenosen des Oesophagus publiciren L. Gross (310) und Grosglick (501) als urämische Erscheinung. — Riesman (355) hält Ulcera oesophagi für eine beim Typhus nicht sehr seltene Affection. — Eine Strictur in Folge von typhöser Ulceration veröffentlicht John Pyle (501) und J. E. Summers (356), in Folge von Verdauungsgeschwüren A. Fränkel (459). — Aetzstricturen sind von

Debove (310), Doerr (458), (röhrenförmige Abstossung), Hamilton (459), Borchgrevink (459), Curtis (501), Johnston veröffentlicht, eine syphilitische von Trifiletti (101).

Fälle von Carcinoma oesophagi veröffentlichen: Bruce (102), Mc Farland (102), Finley und Anderson (102) (Tod durch Arrosion der Subclavia), Holinger (102), Fischer (146), Behrend (146), Touche (146), Duplay (147), Lereboullet (311), Thévenot (311), Bauer (459), Eshner (544), W. Meyer (544), Milian (459) (Carcinoma oesophagi mit Aorta verwachsen ohne Perforation), Beale (548) (Carcinoma oesophagi c. paresi nerv. recurrentis utriusque).

Gastpar (544) beschreibt einen Fall von primärem, submucösem Sarcom ohne Metastasen.

Zur Behandlung der krebsigen Stenosen empfiehlt Lambotti (147) den Katheterismus, die Intubation und die Gastrotomie. — Scheer (201) bevorzugt bei nicht maligner Stenose bei erheblicher Entzündung die Gastrotomie, bei geringer Entzündung die Oesophagotomie. — Die Dilatation ist von unten her vorzunehmen; der letzteren Ansicht sind u. A. Borchgrevink (459) Johnston (356, 502), Curtis (501). — Mayo (201, 356) stellt eine Reihe von Leitsätzen für die Behandlung der Stenosen auf.

Trifiletti (101) dilatirte eine syphilitische Stenose am oberen Ende des Oesophagus mit Colin-Verneuil'scher Sonde. — Koeppelin (201, 310) behandelte eine narbige Stenose mit Katheterismus bei einem Patienten der an Lungengangrän zu Grunde ging.

De Guervain (545) resecirte den carcinomatösen Halsabschnitt des Oesophagus. — Permewan (201) heilte ein Carcinoma oesophagi durch die Pharyngotomia subhyoidea, während 1 Fall von Fibromyxom des Oesophagus an Sepsis zu Grunde ging.

Instrument: Electrode zur Electrolyse von Oesophagusdivertikeln Aaron (311).

E. Meyer.

II. Briefkasten.

Einfluss des Radfahrens auf die Luftwege und das Gehör.

Professor Gherardo Ferreri, Docent der Oto-Rhino-Laryngologie an der Universität Rom, veranstaltet eine Sammelforschung über die Störungen des Gehörs und die Affectionen der Luftwege, welche durch das Radfahren verursacht werden können, und ersucht alle Collegen, welche ihm in dieser Forschung behülflich sein wollen, sich mit ihm in Verbindung zu setzen.

Namen-Register.*)

*) Die fett gedruckten Zahlen hinter den Autornamen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, während die dünn gedruckten auf Citate seiner Ansichten, Theilnahme an Discussionen etc. sich beziehen.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

X.

Y.

Z.

Sach-Register.

A.

B.

E.

F.

G.

H.

I. J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.

Druck von L. Schumacher in Berlin.